Z Zakładu Chirurgiczno-Stomatologicznego Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie.
(Konsultant: Prof. Dr. H. Wilga).

Kierownik Zakładu: Doc. Dr KONRAD SZEPELSKI WARSZAWA
Adjunkt Katedry Dentystyki Zachowawczej Akademji Stomatologicznej.

TERAPJA FIZYKALNA W CODZIENNEJ PRAKTYCE STOMATOLOGICZNEJ.

La thérapie physicale dans la pratique stomatologique quotidienne.

Physikalische Therapie in der täglichen stomatologischen Praxis.

(Referat wygłoszony na II Międzynarodowym Kongresie Stomatologicznym w Bolonji. Kwiecień 1935).

Doc. pol. 59.0 Doc. int. 615.845.6

Terapja fizykalna, zyskując z dnia na dzień coraz szersze prawo obywatelstwa w medycynie, musiała siłą faktu wywalczyć sobie też prawo obywatelstwa i w stomatologji.

Trudno jest zastosować wszystkie te urządzenia, które należą do terapji fizykalnej, w codziennej praktyce lekarskiej jako, że i schorzenia te, które mogłyby być leczone temi metodami, trafiają się tutaj dość rzadko.

Z częściej stosunkowo spotykanych schorzeń podlegających terapji fizykalnej w prywatnej praktyce stomatologicznej wymienić należy:

1. paradontozy.
2. rwy nerwu trójdzielnego.
3. ostre nacieki zapalne, a więc:
   a. utrudnione wyrzynanie się zębów.
   b. otwarte operacyjnie ropowice, ropnie, zapalenia szpiku kostnego.
   c. nacieki pooperacyjne (po resekcjach itd.).
4. Przewlekłe nacieki zapalne.
   a. zgrubienia miękkich tkanek po urazach.
   b. blizny pooperacyjne.
   c. niewielkie przetoki po usunięciu ognisk macierzystych.
   d. bóle niewiadomego najczęściej pochodzenia.

Do leczenia tych dwuch pierwszych schorzeń nadaje się przeważnie zimna lampa kwarcowa, do pozostałych natomiast takie

aparaty, które wytwarzają ciepło w różnych postaciach. Nie należy też zapominać i o leczeniu promieniami roentgenowskiemi.

Ponieważ jednak mówimy o codziennej praktyce stomatologicznej, należy się ograniczyć do mniejszych urządzeń mających najszersze zastosowanie.

Mam tu na myśli takie urządzenia, jak:

1. zimna lampa kwarcowa.

2. lampa Infra - rouge.

3. Pantahelion [1]) (Ultra - Combinator).

Moje obserwacje dotyczą działania zimnej lampy kwarcowej dostarczonej mi przez Elektro-Sol Kommandit-Geselschaft-Wien, Pantahelion (Ultra-Combinator) z Ultra-Combinator Vertrieb Wien i wreszcie lampy Infrarouge z Firmy Dr. Halpern Kraków.

Zimna lampa kwarcowa. Konstrukcja tej lampy w/g Kowarschik'a jest następującą:

Wszystkie dotychczasowe używane lampy kwarcowe były skonstruowane w/g zasady lamp łukowych: pomiędzy dwiema elektrodami przebiega łuk świetlny wewnątrz pustej rurki, przez co powstaje źródło światła specjalnie bogate w promienie ultrafjołkowe. Pod wpływem tego łuku świetlnego kwarcowa lampa rozgrzewa się bardzo silnie, tak iż na końcach elektrod występuje żarzenie.

W zimnej lampie kwarcowej para rtęci jarzy się nie na skutek działania łuku świetlnego, ale na skutek wyładowań spowodowanych migotaniem światła. W następstwie powyższego palnik nawet w kulminacyjnym punkcie działania jest tylko letni, co umożliwia bezpośredni kontakt ze skórą, lub nawet błoną śluzową, jamy ustnej wzgl. dziąseł.

Sam palnik jest zbudowany z czystego szkła kwarcowego; wewnątrz palnika znajduje się długa rurka kwarcowa, która u swego przedniego końca jest otwartą.

Dzięki temu mamy tutaj dwa koncentryczne systemy kwarcowe, które łączą się jedynie na otwartych końcach. Każdy z tych systemów jest wypełniony rtęcią i prąd elektryczny, który przebiega od jednej elektrody do drugiej musi naświetlić ew. prześwietlić cały wewnętrzny system. Sam palnik nie pokrywa się wcale szkodliwemi nalotami, któreby nie przepuszczały światła.

---

[1]) Nazwa Panta-Helion została zastrzeżoną dla Polski i jest równoznaczną z Ultra-Combinator.

Zużycie prądu jest minimalne. Cały palnik jest pokryty kwarcem opalowym (nieprzeźroczystym) tak, że czynne jest tylko ognisko znajdujące się na przedniej stronie i wobec tego działaniu tych promieni podlegają te partje, które są zwrócone do tej części lampy.

Dlatego w czasie działania lampy nie wytwarzają się ani gazy azotowe, ani ozon, jak to ma miejsce przy gorącej lampie kwarcowej, przez co unikamy u pacjentów powstawania katarów.

Fizjologiczne działanie zimnej lampy kwarcowej, znakomicie potęguje się przez bezpośrednie zetknięcie się miejsca schorzenia z palnikiem.

Działanie to polega na wywołaniu czynnego przekrwienia chorych odcinków i dzięki temu możemy stworzyć lepsze warunki odżywiania, a tem samem i w szybkiem tempie odnowić w sensie dodatnim tkanki otaczające.

Zimna lampa kwarcowa, zdaniem mojem, powinnaby znaleść zastosowanie w leczeniu paradontoz, oraz rwy nerwu trójdzielnego.

Zespół objawów patologicznych ujmowanych obecnie pod mianem paradentozy, jest zjawiskiem bardzo skomplikowanem mającem w swej patogenezie takie czynniki jak wewnętrzne wydzielanie, sprzyjający układ ustroju oraz czynniki lokalne.

Widzimy więc, jak różnorodne szkodliwe czynniki będziemy mieli w przebiegu leczenia tych schorzeń do zwalczania, — rozumiemy więc także, że zimna lampa kwarcowa nie okaże się prawdopodobnie środkiem uniwersalnym rozwiązującym wszystkie zagadnienia, które się nam nastręczą, ale w każdym razie przy pewnych okolicznościach może mieć i ma swoje zastosowanie.

Są tylko dwa czynniki, w przebiegu paradentozy, które są przez pacjentów odczuwane i które sprawiają im wiele przykrości; a mianowicie:

1. Rozchwianie się zębów.

2. Ropienie kieszonek.

Dzięki zastosowaniu zimnej lampy kwarcowej osiągamy w pierwszym rzędzie nadzwyczaj szybkie ustalenie się rozchwianych zębów, dzięki temu, iż szerzący się proces zaniku kości pozostaje znacznie zwolniony; na to, aby powiedzieć, że został on całkowicie zahamowany, jak to chcą niektórzy autorzy, względnie, że nastąpiło restitutio ad integrum, — trzeba dłuższego czasu na obser-

wacje. Naturalnie, aby zimna lampa kwarcowa w całej pełni wykazała swe działanie dodatnie musi być stosowana łącznie z innemi metodami, a mianowicie: z usunięciem kamienia nazębnego, oraz kieszonek dziąsłowych.

Ropny wysięk z kieszonki dziąsłowej uważam w danym wypadku za aseptyczną leukocytozę, a bakteryjną florę za zjawisko wtórne pasożytnicze.

Działanie bakterjobójcze lampy kwarcowej jest znane, a więc i polepszenie t. j. usunięcie ropienia będzie zrozumiałem.

Zimną lampę kwarcową stosowałem w leczeniu t. zw. ropocieku zębodołowym według następującego planu:

1. usunięcie kamienia nazębnego.
2. operacyjne usunięcie ziarniny i kieszonek.
3. naświetlanie lampą zimną kwarcową.

Tu należy omówić samą technikę naświetlania tą lampą. Seans pierwszy trwał 5 minut i dotyczył tak dużego odcinka jaki obejmowało ognisko przy pośrednim kontakcie z dziąsłem (zazwyczaj 1—2 zęby).

Jeżeli po pierwszym seansie występowały objawy przykre, w postaci palenia dziąseł, to następne seanse skracałem do 2.5 minut; w przeciwnym razie przedłużałem następne seanse do 10 minut i na tem utrzymywałem się do końca leczenia.

Po 4—5 seansach (10 minutowych) stosowanych co drugi dzień zęby ustalały się znacznie lub nawet zupełnie. O ile po 6 seansie to nie następowało, dodawałem jeszcze 4 seanse tak, że ogólna liczba seansów wynosiła 10. W uporczywych przypadkach powyżej 10 seansów np. 20 nie widziałem żadnej poprawy widocznej i te przypadki w ogólnej klasyfikacji po dłuższej obserwacji wypadnie pewno zaliczyć do kategorji tą drogą nieuleczalnych. Stan polepszenia w pomyślnych przypadkach utrzymywał się w ciągu roku i dalej. Pacjenci są w miarę możności pod obserwacją i okresowo mniej więcej co 3 miesiące wykonujemy kontrolne zdjęcia roentgenowskie, które jednak nie wykazują wyraźnej całkowitej odbudowy zanikłego wyrostka zębodołowego.

W ropocieku zębodołowym stosowałem zimną lampę kwarcową w 130 przypadkach z wynikiem naogół pomyślnym.

Szczegółowo mogę je ująć w następującą tabelę:

Tabela 1.

Stan schorzenia	Ilość seansów							
	4 sean.		6 sean.		10 sean.		20 sean.	
	+	−	+	−	+	−	+	−
1. Rozchwianie się zębów bez ropocieku; słaby zanik wyrostka zębodoł.	9	2	1	3	0	0	0	0
2. Jak wyżej ale z ropociekiem, nieznaczny kamień nazębny.	3	5	4	4	8	2	1	4
3. Rozchwianie się zębów, obfity ropociek, znaczny kamień nazębny, duży zanik zębodołu, kieszonki nieoperowane. . . .	0	10	0	10	1	1	1	7
4. Jak wyżej, ale operowane.	2	13	6	6	7	0	0	2

Zimna lampa kwarcowa może znaleść swe zastosowanie i w przypadkach rwy nerwu trójdzielnego.

W tych razach należy usunąć ew. przyczynę ze strony uzębienia, a po takiem przygotowaniu jamy ustnej przystąpić do naświetlań odnośnych odcinków, w których pacjent odczuwa bóle. Seanse tutaj mogą trwać dłużej po 10 i 15 minut, samo naświetlanie może się odbywać poprzez powłoki zewnętrzne a więc np. w obrębie kąta żuchwy lub łuku jarzmowego.

Zastosowanie lampy zimnej kwarcowej w terapji rwy nerwu trójdzielnego miałoby na celu wyrugowanie injekcji alkoholowej, która pomimo wszystko nie jest zabiegiem zupełnie obojętnym dla pacjenta.

Wyniki moje w tej dziedzinie są niewielkie i dotyczą 7 przypadków neuralgji III gałęzi nerwu trójdzielnego, z których 3 przypadki dały wynik o tyle dodatni, że w ciągu 7 miesięcy nawrotu nie było; w pozostałych przypadkach po 4—5 seansach wystąpiło pewne złagodzenie bólu.

Następnym przyrządem, który mógłby znaleść zastosowanie w naszych ordynacjach byłaby lampa Infrarouge.

Aparat ten składa się z wklęsłego lustra, w środku którego znajduje się nawinięty na szamotowym wałku drut służący jako źródło cieplne. Aparat Infrarouge służy do nagrzewania dość silnego

powłok zewnętrznych i może być używany z dobrym wynikiem w następujących przypadkach:

1. Stany pooperacyjne.
   a. po operacjach ropni.
   b. po operacjach ostrych ropnych zapaleń szpiku kostnego.
   c. po resekcjach wierzchołków, po dłutowaniach.
2. w szczękościsku niewiadomego pochodzenia.

Infrarouge wywołuje temperaturę w ogrzewanych partjach około 38^0 C przyczem po wykonaniu naświetlenia należy uważać, żeby pacjent dość wcześnie nie opuścił ordynacji, gdyż na skutek gwałtownego oziębienia powierzchni mogą wystąpić niepożądane komplikacje szczególnie w sprawach ropnych już operacyjnie otwartych.

Lampę Infrarouge stosuję już w ciągu 5 lat z bardzo dobremi wynikami w postaci szybkiego wchłaniania się nacieków i łagodzenia, a nawet zupełnego usuwania bólów oraz szczękościsku. Przypadków leczonych lampą Infrarouge w ciągu 5 lat obserwowałem 759, które dzielę następująco:

Tabela 2.

Schorzenie	Wyniki	
	+	—
1. Po operacji ropowicy	43	11
2. „ „ szpiku kostnego	9	3
3. „ „ resekcji	321	5
4. „ „ dłutowania	243	3
5. Utrudnione wyrzynanie się zębów nieoperowane	49	18
6. Jak wyżej, tylko operowane	27	3
7. Szczękościsk nieznanego pochodzenia	13	11

Nieco głębiej i szybciej, ale podobnie działa aparat Pantahelion (Ultra-Combinator).

Aparat Pantahelion (Ultra-Combinator) daje możliwość zastosowania ciepła oraz promieni podczerwonych, czerwonych, niebieskich i fjołkowych jednocześnie.

Istota działania przyrządu łączy w sobie dwa ważne biologiczne momenty: przegrzewanie i znieczulenie. Głębia działania wynosi kilka centymetrów, a temperatura wynosi około 40^0 C.

Sam aparat składa się ze statywu i umocowanego na nim podwójnego reflektora.

Dzięki tej budowie dwu wklęsłych, umiejscowionych na jednej osi luster osiągamy możność najlepszego wykorzystywania tego rodzaju połączonego promieniowania.

Wewnątrz jednego lustra znajduje się cylinder szamotowy, na którym nawinięty jest drut; urządzenie to służy jako źródło ciepła; wewnątrz drugiego lustra znajdują się 4 żarówki, z których 3 są koloru niebieskofjoletowego, a 1 czerwoną. Po włączeniu prądu rozwija się bardzo silne promieniowanie w formie kręgu, którego promień w odległości 20 cm. od przedniego brzegu systemu lustrzanego wynosi około 15 cm. Jeżeli przyrząd jest ustawiony na właściwej odległości t. j. 50—75 cm., to nie spodziewamy się żadnych ubocznych szkodliwych działań na powłoki zewnętrzne wzgl. na błonę śluzową nawet po dłuższem naświetlaniu.

Z tego też powodu zbędnem jest stosowanie szkieł ochronnych. Jako zabieg lekarski naświetlanie Pantahelionem winno być stosowane co drugi dzień, poczynając od 10 do 35 minut. Ilość seansów wynosi od 3 do 15. Dalsze przedłużanie czasu posiedzeń i ich ilości powodować może niepożądane komplikacje, gdyż u nadwrażliwych pacjentów normalna nawet czasem dawka może powodować zwiększenie bólów. W procesach ostrych i podostrych może być stosowany Pantahelion przy zmniejszonych o połowę dawkach.

W stomatologji aparat Pantahelion stosujemy w następujących przypadkach.

A. Pierwotne ostre sprawy zapalne.
   1. Utrudnione wyrzynanie się zębów.
   2. ropne sprawy po operacji.
   3. stany pooperacyjne (po resekcjach, dłutowaniach itp.).

B. Sprawy przewlekłe.
   1. szczękościsk nieznanego pochodzenia.
   2. rwy nerwu trójdzielnego.

Wyniki pracy mojej aparatem Pantahelion ujmuję następująco:

Tabela 3.

Schorzenie	Wyniki	
	dodatnie	ujemne
1. Utrudnione wyrzynanie się zębów	7	2
2 Po operacji ropowicy	17	0
3. Po operacji szpiku kostn.	8	2
4. Szczękościsk	1	3
5. Neuralgje	1	6

Różnica w ilości obserwowanych przeze mnie przypadków tłumaczy się tem, że Infrarouge posiadam w Zakładzie od 5 lat, a pozostałe aparaty otrzymałem do wypróbowania na czas krótki (3—5 miesięcy).

Jeżeli na zakończenie zadamy sobie pytanie, w jakich przypadkach poszczególne aparaty są najodpowiedniejsze, to mógłbym odpowiedzieć następująco:

1. Zimną lampę kwarcową stosujemy w
   a. rwie nerwu trójdzielnego.
   b. t. zw. ropocieku zębodołowym.
2. Pantahelion w
   a. ostrych sprawach zapalnych przeważnie po operacji.
   b. przewlekłych sprawach zapalnych prócz ropocieku.
3. Infrarouge
   podobnie jak i Panthahelion (w tańszych ordynacjach).

IV. Belgijski Narodowy Kongres Stomatologiczny. — Bruksela 1935.

IV. Belgijski narodowy kongres stomatologiczny z okazji Międzynarodowej Wystawy 1935 odbędzie się pod patronatem królowej Elżbiety i jej małżonka króla we wspaniałych salach Instytutu Georgea Eastmana w Brukseli.

Odbędą się dwa wspólne posiedzenia naukowe oraz posiedzenia trzech sekcyj i pokazy (demonstracje).

Otwarcie kongresu odbędzie się w Pałacu Akademji. Referat główny wygłosi dr. Watry na temat: „Zapobieganie i wczesne leczenie".

Na posiedzeniu końcowem dyskutowana będzie organizacja leczenia zębów w kolonjach.

I. Sekcja: Anatomja, fizjologja, Patologja, bakterjologja, profilaktyka i terapja, ortopedja, higjena. — Prezes: dr. F. Watry, 35,. rue Souveraine, Bruksela.

II. Sekcja: Stomatologja chirurgiczna, protetyka, dział kolonjalny. — Prezes M. Walter Fay, 67, rue Marie Thèrèse, Bruksela.

III. Sekcja: Chirurgja szczęki (twarzy), anestezja, radjografja i elektroterapja stomatologiczna. — Prezes dr. Geo J. Baudone, 342 Avenue Louise, Bruksela.

IV. Sekcja: Pokazy. Prezes M. Cyrus N. Fay, 53, Rue Capouillet, Brusela.

Bliższych informacyj udziela p. A. Joachim. Prezes kongresu, 3, rue de Hornes, Bruksela albo p. J. Demoulin, generalny sekretarz kongresu, 15, Avenue Fonsny, Bruksela.

II. Międzynarodowy Kongres Stomatologiczny w Bolonji.

14—19 kwietnia 1934.

Ogólne wrażenia z Kongresu.

Na II. międzynarodowy Kongres stomatologiczny przybyło do Bolonji z różnych stron świata przeszło 800 uczestników. W liczbie tej z Italji niespełna 400. Oficjalnych delegatów wysłało 26 narodów, nie licząc delegatów reprezentujących wyłącznie instytucje naukowe lub uniwersytety.

Polskę reprezentwoał prof. Cieszyński jako delegat Sekcji Polskiej A. S. I., Polskiego Komitetu Narodowego F. D. I., Stałej Delegacji Polskich Zjazdów stomatologicznych, Redakcji Polskiej Stomatologji oraz Wydziału Lekarskiego Uniwerstetu Lwowskiego, ponadto był zastępcą Związku Słowiańskich Stomatologów.

Akademję Stomatologiczną w Warszawie reprezentował doc. dr. Szepelski.

II. międzynarodowy kongres stomatologiczny był wielką manifestacją naukową. Wygłoszono 28 głównych referatów na posiedzeniach wspólnych, 28 głównych referatów w sekcjach oraz 125 komunikatów na najróżniejsze tematy z zakresu stomatologji i nauk pokrewnych. Wykłady odbywały się równocześnie w 4 salach, ponadto w 2 godzinach porannych codziennie demonstracje przy kilkunastu stolikach. Z Polski ogłosili wykłady prof. Cieszyński ze Lwowa, dr. Tadeusz Owiński ze Lwowa i doc. dr. Szepelski z Warszawy. Grupa polska była reprezentowana przez 5-ciu uczestników; grupa czeska z prof. Kostecką na czele przez 9-ciu uczestników; Jugosławia przez Dr. Kalaya z Lublany. Związek Słowiańskich Stomatologów reprezentował prezes: prof. Cieszyński. Bardzo liczni byli Francuzi, przybyło ich blisko 50 z dr. Chompretem, prezydentem honorowym międzynarodowego związku stomatologicznego na czele Węgrów przeszło 60: prof. Szabo, prof. Salomon, doc. Mocar i inn. Uniwersytet w Bordeaux i zarazem jedną z trzech istniejących w Francji katedr stomatologicznych reprezentował prof. Dubecq. Niemcy otrzymawszy specjalne poparcie od rządu Hitlera przybyli w grupie składającej się z 16 uczestników z wodzem lekarzy dentystów niemieckich (Reichszahnärzteführer) dr. Stuckiem. Podkreślam to osobno, albowiem I. międzynarodowy kongres stomatologiczny w Budapeszcie w r. 1931 został oficjalnie zbojkotowany przez Niemców. W ciągu ostatnich czterech lat poglądy na samodzielne studjum dentystyczne w Niemczech uległy poważnym zmianom, a jako wyraz tychże zmian zadokumentowano łączność z międzynarodowym związkiem stomatologicznym żądającym dla specjalistów większej łączności z medycyną. Z grupy niemieckiej wymienić należy prof. Axhausena z Berlina, prof. Rosenthala z Lipska i dr. Hauptmeyera z kliniki dentystycznej Kruppa w Essen, który już kilkakrotnie odwiedził nas w Polsce. Wśród uczestników wymienić jeszcze należy prof. Kantorowicza, dawniej z Bonn obecnie zaś z Stambułu, który jako żyd o zapatrywaniach komunistycznych, pozbawiony wszystkich praw po ciężkich przejściach opuścił Niemcy, ażeby znaleźć nową ojczyznę w Turcji. Po raz pierwszy od czasu wojny przybył jako oficjalny delegat rządu sowieckiego prof. Entin z Leningradu. Równocześnie ze zjazdem odbyła się wspaniała wystawa przemysłowa dentystyczna w kuluarach i westibulu archigimnasio, w którem to znajdowały się także sale posiedzeń. Gmach ten był dawnym gmachem uniwersyteckim w Bolonji,

a obecnie mieści się w nim na I-em piętrze olbrzymia bibljoteka zawierająca cenne skarby wiedzy, sięgające do najdalszych czasów wstecz. W tym też gmachu odbyło się oficjalne otwarcie kongresu, które komitet organizacyjny składający się z 45 najwybitniejszych przedstawicieli nauki nietylko stomatologicznej i lekarskiej oraz reprezentantów władz miejskich i wojska, urządził z niezwykłym przepychem, przypominającym wprost czasy średniowieczne. II. Kongres bowiem stomatologiczny odbył się pod protektoratem króla Italji i szefa rządu Mussoliniego. Króla Italji zastąpił Duca di Genova a Mussoliniego minister oświaty hr. de Vecchi. W otwarciu kongresu wzięło ponadto udział przeszło czterdziestu członków honorowego komitetu, w którego skład wchodzili kardynał i arcybiskup Bolonji Nasalli Rocca, wiceminister skarbu i wojska, i marynarki, wiceminister spraw wewnętrznych, prezydent Królewskiej Akademji Italskiej, marszałek i wicemarszałek senatu, marszałek i wicemarszałek parlamentu, prefekt prowincji Bolonja, prokurator jeneralny, 7 senatorów, 15 posłów, kilku jenerałów oraz wielu jeszcze innych dygnitarzy. Pozatem wziął udział Rektor uniwersytetu w Bolonji prof. Ghigi oraz Senat i Wydział lekarski. Przedstawiciele uniwersytetu przybyli w togach, ministrowie w strojach faszystowskich, przedstawiciele armji w galowych mundurach, bogato zdobionych złotem, srebrem i barwnemi pioropuszami. Przed otwarciem kongresu przedstawił prezes komitetu organizacyjnego prof. Beretta oficjalnych delegatów narodowych Księciu Genui i ministrowi oświaty poczem oficjalni reprezentanci przeszli przez blisko 150 m długą amfiladę pokoi bibljotecznych do głównej sali posiedzeń, gdzie powitał obecnych podesta miasta Bolonji, następnie rektor uniwersytetu, prezydent komitetu organizacyjnego prof. Beretta, a imieniem szefa rządu Mussoliniego przemówił minister oświaty. Wspaniała ta manifestacja świadczy, jak wielkie znaczenie zyskała sobie stomatologja w Italji jako jedna z gałęzi medycyny i jak wielką opieką zostaje otaczana przez rząd i społeczeństwo. Na urządzenie kongresu przeznaczył krótko przedtem rząd italski 100 tys. lirów, ażeby umożliwić pracę organizacyjną i wydrukowanie już przed zjazdem głównych referatów i streszczeń komunikatów. Około $^1/_4$ miljona lirów przeznaczył rząd italski na dobudowanie i odnowienie kliniki stomatologicznej w Bolonji, nie licząc blisko równie wysokiej sumy na wyposażenie nowe kliniki i pracowni. W gmachu dawniejszym przeprowadzono remont tak gruntownie, że nawet wszystkie drzwi i stoły zostały zastąpione przez nowe. Pracownie kliniczne wyposażono w najnowsze typy urządzeń klinicznych, tzw. unity, sprawiono nowe urządzenie do pracowni protetycznej, chemicznej, bakterjologicznej i histologicznej. Zakład ten, który zwiedziłem przed 5-u laty przybrał zupełnie nowy wygląd, gdyż prócz starych zbiorów i kilkunastu starych foteli operacyjnych nie można było znaleźć niczego z dawnego urządzenia. W tym samym czasie, w którym wyposaża rząd italski klinikę w Bolonji, wyposaża również klinikę drugą stomatologiczną w Rzymie, tam gdzie przed $1^1/_2$ rokiem powstał sumptem 1 miljona dolarów złotych ufundowany przez wielkiego filantropa a zarazem wielkiego przemysłowca amerykańskiego Eastmana olbrzymi zakład poświęcony higjenie jamy ustnej, gdzie obok stomatologów pracuje kilku laryngologów. Gmach ten zbudowany na olbrzymiej przestrzeni, ofiarowanej przez gminę miasta Rzymu, wykonany jest wewnątrz cały z marmuru różnych kolorów i wygląda raczej na pałac, aniżeli na

zakład leczniczy. Rzym przyjmując ten wspaniały dar zobowiązać się musiał do utrzymania go i płaci rocznie na utrzymanie lekarzy i ruchu klinicznego około 600 tys. lirów, a korzystają z niego dzieci od 6—16 roku życia miejskich szkół powszechnych. Widząc tę wielką szczodrobliwość rządu italskiego i poparcie stomatologji, z głębokiem przekonaniem a zarazem wdzięcznością wznieśli uczestnicy Kongresu z całego świata toast na bankiecie: „Eviva il re, eviva il duce". Po kongresie oficjalni delegaci rządów przyjęci zostali na specjalnej audjenci przez szefa rządu Mussoliniego oraz na specjalnej audjencji u Jego Św. Papieża, który przemówił do zebranych podnosząc znaczenie stomatologji dla ciała ludzkiego. Gdy delegat narodowy polski złożył Mu hołd, przywożąc pozdrowienia z Polski, wyrzekł Papież w zamyśleniu, jakoby sobie przypominał czas przebyty w Polsce: „A Varsavia, Varsavia", a jakby echem usłyszał jeszcze nazwy miast innych: „Lwów, Kraków, Poznań i Wilno". Wrażenie jakie zrobiła audjencja u Papieża na obecnych, było bardzo wielkie. Gdy Papież udzielił błogosławieństwa obecni żegnali się znakiem krzyża, a widać było że niejeden żegnał się ręką lewą dziwacznie kreśląc znak krzyża, bo zapewnie był innego wyznania.

Prof. Antoni Cieszyński.

Referaty z II. Międzynarodowego Kongresu Stomatologicznego w Bolonji, 14—19 kwietnia 1935. [1])

Streszczenie.

PARODONTOZY.

Prof. i. j. van der Ghinst (Bruksela), Pyorrhée alveolaire ou Periodontoclasi (Ropotok zębodołowy albo rozpad ozębnej (periodontóklazja). =16=

Zgodnie z pobudkami i spostrzeżeniami, jakie autor wypowiedział i przytoczył wynika, że rozpad ozębnej (periodontoklasja) jest przypadłością, która polega niezawodnie na przemianie wapnia. Gdyby można było zmieniać dowolnie ilość wolnego wapnia we krwi z tą chwilą byłoby możliwe jej leczenie środkami ogólnemi. Przytarczyca odgrywa w tym procesie ważną rolę. Pojęcia zaczerpnięte z dziedziny fizyko-chemiczno-biologicznej zaprowadzą nas napewne pewnego dnia na drogę skutecznego leczenia periodontoklazji. Jednak miejscowo rola ozębnej, jak widzimy jest istotna. Jedynie to możemy osiągnąć i to możemy zmieniać. Widzieliśmy to przy rozmaitych zabiegach i pięknych doświadczeniach naszego towarzysza i przyjaciela Dra Vincent.

Tak więc pojęcie urazowego zgryzu zębów powinno być dla nas drogowskazem nie tylko w leczeniu, ale przedewszystkiem w rozpoznawaniu, gdyż możemy wypowiedzieć jako zasadę: ząb ropotokowy nie zużywa się i gdy dostrzegamy ślady zużycia zębów w jamie ustnej, gdzie zresztą było ropienie, wiemy, że mamy tu do czynienia z zapaleniem dziąseł więcej lub mniej głębokiem, ale nie z rozpadem ozębnej (periodontoklazją).

---

[1]) Liczby podane po tytule oznaczają kolejność ogłoszonych referatów w oficjalnem sprawozdaniu.

Zarzućmy więc stosowanie określenia ropotoku (pyorrhea) ponieważ ono powoduje nieporozumienia i używajmy terminu periodontoklasji, która nam przypomina wtórne przyczyny schorzenia. Streścił: *Pietrzycki*

Prof. Dr. Mario Bergamini (Florencja). I fattori constituzionali nella eziologia delle malattie del paradenzio. (Czynniki konstytucjonalne w etjologji schorzeń przyzębnej). = 17 =

Autor wskazuje na ważność usposobienia jednostki w powstawaniu chorób w ogólności, przyczem podaje krótki przegląd panujących obecnie zapatrywań w nauce o chorobach konstytucyjnych. Następnie zestawia on te poglądy z etjologją schorzeń przyzębowych, które należy rozważać jako będące pochodzenia przeważnie konstytucjonalnego, ponieważ czynniki wewnętrzne przeważają w nich nad czynnikami zewnętrznemi.

Z kolei przystępuje on do omówienia poszczególnych czynników etjologicznych, dzieląc je na trzy główne grupy: 1) Schorzenia konstytucjonalne. 2) Schorzenia w układzie wewnętrznego wydzielania (Endocrinopathia). 3. Dziedziczność, wiek, płeć.

Dla każdego z wymienionych schorzeń (cukrzyca, zapalenie stawów, choroby krwi, endokrinopatje, zaburzenia wzrostu kośćca, uczulica), jak i dla znaczenia wieku, dziedziczności, płci dołączone są teorje i zapatrywania licznych autorów. Autor zastanawia się w końcu nad obecnym stanem naszych wiadomości o tym dowodzie, który jest jeszcze za słaby, aby go można było z całkowitą pewnością uznać za główny czynnik etjologiczny schorzenia, które jeszcze dzisiaj zdaje się zależeć od zaburzeń soków ustrojowych, a te od skazy kośćcowej, lub zmiany czynności wewnętrznego wydzielania (dysfunkcja endokrinna), albo jeszcze lepiej od współdziałania tych lub innych przyczyn jak n. p. zaburzeń w układzie nerwowym roślinnym (wegetatywnym).

Etjologja schorzeń przyzębowych zostanie tylko wtedy wyjaśniona, gdy zagadnienie to będzie się rozpatrywać nie jednostronnie, lecz gdy zaburzenia poszczególnych narządów będzie się badać równocześnie ze stanowiska anatomicznego, fizjologicznego i patologicznego. Streścił: *Pietrzycki*

Dr. Josef Weimann (Wien) Konstitutionelle Faktoren in der Aetiologie und Therapie der Erkrankungen des Paradentiums. Czynniki konstytucyjne w etjologji i w leczeniu przyzębnej). Autoreferat = 18 =

Schorzenia przyzębnej, które poprzednio nazywano ropotokiem zębodołowym (pyorrhea alveolaris) a obecnie przyzębicą (paradentosis), Szkoła wiedeńska określiła z pewnych powodów jako rozlany zanik (atrophia diffusa). Pojęcie to nie pokrywające się zresztą całkowicie z innemi, powstało z tego faktu, że cement schorzałych zębów utracił zdolność pobudzania tkanki łącznej przyzębnej do wytwarzania nowego cementu. Utrata tej właściwości, a z tem powstawanie tego schorzenia są prawdopodobnie uwarunkowane rozmaitemi zmianami w przemianie materji. Zmiany te polegają prawie zawsze na zmniejszonej, swoiście dynamicznej, działalności białka, najczęściej na zwiększeniu we krwi zawartości wapna, cholesteryny i cukru, na patologicznej krzywej cukru we krwi po obciążeniu glukozą i fruktozą i często na erytro-

cytozie (zwiększeniu ilości czerwonych ciałek krwi). Chorzy wykazują często objawy wstrzymania miesiączki, otyłości, nadmiernego owłosienia, suchości skóry, niedostatecznego owłosienia i niemocy płciowej. Starano się, aby te wyniki badań i objawy związać przyczynowo z zaburzeniami czynnościowemi przedniego płata przysadki mózgowej, która przez swoje wewnętrzne wydzielanie wpływa na inne gruczoły.

Pod względem leczniczym zasługuje na uwagę naświetlanie przysadki promieniami Roentgena. Najlepsze wyniki uzyskano dotychczas stosując rozpylanie tlenu, co wpływa korzystnie nie tylko na zmiany miejscowe, ale i na ogólną przemianę materji.

Streścił: *Pietrzycki*

DENTYSTYKA ZACHOWAWCZA.

Prof. Dr. D. A. Entin (Leningrad). Leczenie zapalenia miazgi bez usuwania miazgi. (Doniesienie tymczasowe. Autoreferat). = 35 =

Trzyletnie badania kliniki i patogenezy tzw. oral sepsis, prowadzone na oddziale leczniczym leningradzkiego instytutu stomatologicznego, stwierdziły ponad wątpliwość: etjologiczną i patologiczną zależność schorzeń wewnętrznych od ognisk pochodzenia zębowego.

Jedynym możliwym sposobem zapobiegania tzw. oral sepsis jest zwalczanie próchnicy. Pozatem głównem zadaniem teorji i praktyki stomatologicznej jest stworzenie nowych metod, a przedewszystkiem gruntowna rewizja dotychczasowych zasad leczenia zapaleń miazgi, tembardziej, że odcięcie wzgl. wyłuszczenie jest tylko niszczeniem miazgi i mniej lub więcej „litościwem“ obchodzeniem się z ozębną okołoszczytową i nie ma nic wspólnego z zasadami leczenia, podobnie jak nie można uważać ścięcia głowy za „leczenie“ migreny.

Należy zerwać z wszelkiemi schematami klasyfikacji chorób miazgi, — a zająć się gruntownie rozpoznaniem różniczkowem, niezmiernie ważnem dla lecznictwa zachowawczego.

Uwzględniając nadzwyczajną zdolność reagowania tkanki miazgowej, znaczenie składnika nerwowego w rozwoju i przebiegu zapalenia i fakt, że w mechaniźmie bolów pulpitycznych w pewnych stadjach zapalenia główną rolę odgrywają momenty infekcyjno-toksyczne, można przyjąć następującą hipotezę: zastanowienie objawów bolesnych jest możliwem, jeżeli „odtrujemy“ niezniszczoną procesami zapalnemi tkankę miazgową, nie raniąc jednak elementów tkankowych. Wyłączenie bolu, jako czynnika nerwowego w zapaleniu, można uważać za zabieg, który nietylko znieczula miazgę zapalną, ale także uruchamia, w celu samowyleczenia, jej mechanizmy biologiczne.

Pozytywne wyniki, uzyskane w leczeniu zgorzeli miazgi pałeczkami acidophilnemi pochodzącemi z flory jamy ustnej, skłoniły autora do stosowania kultury buljonowej tych pałeczek, celem biologicznego odtrucia miazgi zapalnej i do prób nad wypowiedzianą wyżej hypotezą (jedno i drugie uzyskało potwierdzenie bakterjologiczne i kliniczne).

Ten sposób leczenia (polegający na nałożeniu na otwartą miazgę kultury uzyskanych z flory jamy ustnej pałeczek acidophilnych lub ich filtratu, na przeciąg 48 godzin, z następującem wypełnieniem ubytku z użyciem podkładu wypalonego asbestu lub gipsu rozrobionego rozczynem fizjologicznym) zastosowano w 151 zębach z rozmaitemi rodzajami zapalenia miazgi. W 24 przypadkach nie udało się bólów usunąć i miazgę musiano uśmiercić arszenikiem. 44 zęby poddawano kontroli w różnych okresach czasu (1—9 miesięcy) przyczem okazało się, że 36 zębów żyło, a miazga makroskopowo miała wygląd zupełnie normalny. Mikroskopowe badanie jednej z miazg w ten sposób leczonych — po 5 i pół miesiącach — nie wykazało żadnych zmian wzdłuż całej miazgi.

Wnioski:

1) należy uznać konieczność wynalezienia i zbadania zachowawczych sposobów leczenia stanów zapalnych miazgi.

2) Wyleczenie zęba z miazgą zapalną jest możliwe bez uciekania się do usuwania miazgi.

3) Jednym ze sposobów utrzymania miazgi zapalnej przy życiu, jest jej biologiczne odtrucie zapomocą pałeczek acidophilnych, uzyskanych z flory jamy ustnej. *H. B.*

Balogh, Dewitalizacja zdrowej miazgi zębowej przez zastosowanie djatermji.

Autor poddawał przednie zęby u psów po otwarciu miazgi działaniu djatermji o prądzie 70—90 mA przez 2 do 3 minuty. Bezpośrednio potem przewody zostały wypełnione a po 8-miu miesiącach zbadano te zęby histologicznie.

Wyniki badań można podzielić na 3 grupy:

1-sza obejmuje przypadki, w których nastąpiła nieznaczna resorbcja w okolicy szczytu korzeni;

do II-giej grupy należą przypadki z silną resorbcją w okolicy przyszczytowej, która została zastąpiona przez kość silnie zrośniętą z tkanką zęba.

Autor tłumaczy resztę swoich złych wyników tem, że „przedozował“ djatermję lub przezto, że zabieg był zrobiony w znieczuleniu miejscowem, gdyż odporność indywidualna tkanki jest różna i dobrych wyników można się tylko wtedy spodziewać, gdy u każdego pacjenta można będzie indywidualnie kontrolować wrażliwość na ból i odczuwanie gorąca. Str. *M. Owińska*

Prof. Dr. D. A. Entin (Leningrad). Neues in der Pathogenese und Therapie der marginalen Parodontopathien (sog. alveolaerer Pyorrhoe). Nowości z zakresu patogenezy i lecznictwa schorzeń przyzębnej). Autoreferat. — 23 —

Zasady i wnioski komunikatu.

1. Patogeneza przewlekłych schorzeń okolicy przyzębnej, które autor określił mianem Parodontopathia, pozostaje do dnia dzisiejszego jedną z najciemniejszych, najbardziej zagadkowych stron patologji.

2. Jedynym pewnikiem, na który się prawie wszyscy godzą jest to, że w powstawaniu parodontopatji miejscowe czynniki odgrywają tylko podrzędną rolę.

3. Do tej pory nie wiemy, który czynnik ogólnego charakteru stanowi moment przyczynowy w powstawaniu parodontopatji. W bardzo bogatem piśmiennictwie poświęconem patogenesie t. zw. ropotoku zębodołowego spótykamy się prawie zawsze z ogólnem określeniem w rodzaju „zaburzenie przemiany materji". Przeważnie większość autorów nie uwzględnia dostatecznie ogólnego stanu chorych na ropotok zębodołowy. O tem, czy ma się do czynienia z ogólnem zaburzeniem przemiany materji, rozstrzyga się bardzo często na podstawie badania poszczególnego wskaźnika przemiany materji (np. Ca lub cukru) i do tego na niewielkim materjale.

4. Twierdzenie, które przyjęto w piśmiennictwie, że ropotok zębodołowy jest wyrazem różnych schorzeń układu o wewnętrznem wydzielaniu (endokrinopatji) lub zaburzeń przemiany materji, wymaga jeszcze koniecznie uzasadnienia. Okoliczność, że jeszcze nikomu nie udało się do tej chwili wywołać na drodze doświadczalnej wielorakich objawów ropotoku zębodołowegó, ani ich leczyć przez stosowanie ogólnych środków, dowodzi, że nie jest nam jeszcze znany ani charakter zaburzeń przemiany materji, ani mechanizm ich powstawania.

5. Badania profilów przyzębnej dokonane u 851 chorych wykazały, że zaburzenia czynnościowe tarczycy, dusznica oskrzelowa, cukrzyca, dysfunkcja gruczołów rodnych, schorzenia skóry, przewodu pokarmowego, układu naczyniowego, zaburzenia czynnościowe i organiczne układu nerwowego towarzyszyły w 91,5% schorzeniom okolicy przyzębnej. W 9,4% zapalenia brzegów przyzębnej nie dało się wykazać żadnego śladu schorzenia.

6. Poszukiwania wskaźnika przemiany materji i profilu wewnętrznego wydzielania obejmowały badania morfologicznych obrazów krwi, Ca, K, Mg, cukru, cholesteryny, bilirubiny, kwasu moczowego, azotu pozabiałkowego, napięcia CO_2 itp.

7. Analiza danych uzyskanych w laboratorjum i w klinice wykazała u badanych chorych więcej lub mniej wybitne odchylenia od normy w szeregu wskaźników przemiany materji.

8. Poszukiwania przeprowadzone w kierunku dynamiki stanów przemiany materji za pomocą leczenia Polysato według postępowania Kasakoffá wykazały, że u większości chorych nastąpił powrót do normalnego stanu przemiany materji, co we wielu przypadkach graniczyło z właściwem wyzdrowieniem, podczas gdy przebieg tej lub innej postaci parodontopatji pozostał bez zmian.

9. Przychodzi się więc do wniosku, że po pierwsze parodontopatje, aczkolwiek w większości przypadków przebiegają równocześnie z temi lub innemi chorobami przemiany materji i schorzeniami wewnętrznego wydzielania, to jednak nie pozostają one w bezpośrednim związku z temi ostatniemi, przyczem mogą wykazywać z nimi wspólny etjologiczny moment, ale różną patogenezę. Po drugie żaden z poszukiwanych wskaźników przemiany materji nie okazał się charakterystyczny dla tej lub innej postaci parodontopatji.

10. Powyższe wywody pozwalają uważać parodontopatję za samoistny

miejscowo powstały proces, jako wyraz miejscowego uszkodzenia tkankowej przemiany materji. Autor uwzględnia tu znaczenie układu nerwowego na 42 psach, u których przez przewlekłe drażnienie okolicy guza popielatego (Tuber cinereum) podług metody Sperawski'ego mógł wywołać parodontalne dystroficzne zmiany na obwodzie.

11. Wyżej wspomiane ustaliły:

a) Zmiany w zakresie brzegu przyzębnej zauważono u 34 psów na 42 operowanych.

b) Postać krwotoczna zapalenia przyzębnej (Parodontitis haemorrhagica) pojawia się jako pierwszy obraz kliniczny mechanicznego drażnienia guza popielatego i jako objaw zaburzenia troficznego za życia zwierzęcia.

c) Zmiany krwotoczne przyzębnej pojawiają się jako miejscowy wyraz zaburzenia układu troficznego całego przewodu pokarmowego.

d) Zaburzenie troficzne tkanki przyzębowej, jako następstwo przewlekłego drażnienia w okolicy guza popielatego (tuber cinereum) warunkuje w wielu przypadkach taki stan patologiczny, którego charakter i przebieg jest typowy dla ropotoku zębodołowego.

e) Na powstanie, przebieg i zejście procesów dystroficznych a zwłaszcza na ich ujawnieniu się w przyzębnej nasilenie drażnienia, wywiera wielki wpływ, jak również właściwości osobiste i wiek tej tkanki nerwowej, która podlega drażnieniu.

f) Udowodniono, że w powstawaniu Paodontopatji, w szczególności w ropotoku zębodołowym, czynnik nerwowo-troficzny odgrywa przeważającą rolę, co można stwierdzić doświadczalnie.

12. Doświadczenia laboratoryjne dadzą się przenieść praktycznie do kliniki przez stosowanie blokady przy pomocy nowokainy w zakresie systemu nerwowego sympatycznego w odcinku powrózka granicznego.

13. Blokadę odcinka lędźwiowego powrózka granicznego nerwu sympatycznego przy pomocy nowokainy można uważać jako metodę w leczeniu ciężkich owrzodzeń jamy ustnej i dającą bardzo dobre wyniki leczenia w tzw. ropotoku zębodołowym.

Tł.: *Pietrzycki*

PROFILAKTYKA.

Dr. Federico Lazarro (Palarmo). Zapobiegawcze leczenie stomatologiczne w wieku szkolnym. Akcja zbiorowa i indywidualna. (Autoreferat). = 22 =

Gdy mowa o społecznem zapobieganiu chorobom jamy ustnej i zębów, nasuwają się na myśl ogólnie znane fakty, a mianowicie, że istnieje cały szereg i innych chorób, występujących w pewnych krytycznych i określonych okresach, w których organizm wymaga specjalnej pielęgnacji. Po drugie uświadamiamy sobie, że choroby jamy ustnej, zwłaszcza naskutek działania próchnicy, — należą do najbardziej rozpowszechnionych i najszkodliwszych, rozszerzają się coraz bardziej i stają się coraz to niebezpieczniejsze, o ile im

się nie zapobiega. Wynikają z tego dwa zasadnicze wnioski: 1) higjena i leczenie chorób jamy ustnej i zębów, jest najważniejszym czynnikiem zbiorowej obrony 2) obrona ta powinna odbywać się przedewszystkiem w szkołach, które obejmują dziś w każdym cywilizowanym kraju nietylko wszystkie dzieci, ale i wielką część dorosłych.

Opierając się na tych ogólnych przesłankach, poszczególne narody i miasta rozpoczęły walkę, prowadzoną w rozmaitej formie, Autor daje krótki przegląd metod, wedle których rozmaite kraje uprawiają profilaktykę, wskazując w szczególności na urządzenia włoskie i podkreślając zapał i energję z jaką podjętą została wszędzie walka z chorobami zębów. Jeżeli chodzi o stosunek współdziałania ogółu do starań indywidualnych, to przyjmuje się następujące kryterja: 1) z początkiem roku szkolnego zaprasza się rodziców do podpisania „karty zdrowia", co uważa się równocześnie za zezwolenie na badanie i leczenie, 2) W szkołach powszechnych leczenie jest bezpłatne, gdyż wszelkie koszta ponoszą organizacje społeczne, 3) Jeżeli chodzi o narkozy ekstrakcje i inne zabiegi należy każdorazowo uzyskać zezwolenie rodziców 4) Wskazanem jest kontynuowanie leczenia w szkołach zawodowych i średnich, tu jednak należy pobierać pewien skromny ryczałt od rodzin uczniów.

Autor podając powyższe kryterja, zaznacza, że podpis rodziców powinien być raczej stwierdzeniem przyjęcia odpowiedzialności i rodzajem propagandy profilaktyki między rodzinami. Chodzi wszak o usługi, dyktowane interesem społecznym. Badania powinne się odbywać bez zezwolenia rodzin — podobnie jak się rzecz ma i z innemi badaniami w szkołach. Podpis opiekunów nakłada na nich obowiązek współpracy, przez perswazję i stosowanie wszelkich stojących do dyspozycji środków dla uzyskania dodatnich wyników profilaktyki.

Nakoniec zajmuje się autor wzajemną korelacją organizacyj i instytucyj dbających o zdrowie publiczne, łącznie z organizacjami młodzieży. Jeżeli chodzi o te ostatnie, zwraca autor uwagę na potężny i wspaniały rozwój „Opera Balilla" związku włoskiego, który niewątpliwie w najbliższym czasie odegra dominującą rolę w organizacji profilaktyki i walki z próchnicą.

ref. H. B.

PATOLOGJA.

Burruano. Zmiany w wydzielaniu śliny przy transplantacji heterogennej dużych naczyń tętniczych.

Autor omawia wyczerpująco różne przypadki naczyń tętniczych, wykonywane przez różnych autorów i przytacza swój własny przypadek heterogennej transplantacji (a. vaginalis bydlęca) wykonanej na arteria carotis i aorta abdominalis u psa.

We wszystkich powyższych przypadkach zauważono zupełne zahamowanie wydzielania śliny, o ile zabieg dotyczył aorta abdominalis, a częściowe zahamowanie, o ile operowano na carotis.

Autor objaśnia ten objaw odruchem, spowodowanym przez n. sympathicus; przypomina ogólnie znane doświadczenia Pawłowa i Gley'a i innych chirurgów, którzy zauważyli zahamowanie wydzielania śliny po zabiegach chirurgicznych w jamie brzusznej i na jajnikach. Str. *M. Owińska*

Bercher. Dens in dente radiculare.

Autor przytacza przypadek rzadkiej anomalji, gdzie w korzeniu górnego siekacza znaleziono zamknięty twór składający się z zębiny i cementu. W dyskusji nad tem autor przytoczył całą dotychczas znaną patogenezę i wykazał, że jedynie tylko hipoteza o sfałdowaniu się zarodka zębowego może wytłumaczyć powstanie takiego nowotworu.

Gdyby fałd utworzył się w części koronowej zarodka zęba to z tego powstały twór składałby się z szkliwa i zębiny. i to ułożonych odwrotnie niż normalnie, tzn. szkliwo wewnątrz a zębina zewnątrz.

Gdy fałd utworzy się z części korzeniowej woreczka zębowego — jak właśnie w powyższym przypadku, — to twór składa się z zębiny i cementu i to cement leży wewnątrz a zębina zewnątrz. Takie nowotwory są więc odwrotnością perlaków (perełek szkliwnych) i zębów brodawkowych i powinne być zaliczane do tumorów systemu zębowego (wedle Berchera i Codvelle) do grupy „Dysorganoplazji". Str. *Dr. Owińska*

Arlotta. Wpływ odruchu zębowego na czynność żołądka.

Autor posługując się tą samą techniką, którą przedtem stosował przy badaniu odruchów oddechowych i sercowych pochodzenia zębowego — stwierdził u psów istnienie odruchu żołądkowego zależnego od drażnienia miazgi zęba.

Jeśli drażnił miazgę zęba, to następowało zahamowanie funkcji żołądka o ile ten przedtem był pusty, natomiast jeśli zwierzęta uprzednio nakarmiono, następowały skurcze żołądka.

Ten fenomen występował zarówno przy drażnieniu miazgi mechanicznem jak i prądem elektrycznym. Jednakowoż nasilenia odruchu były różne, zależnie od tego czy drażniono szkliwo, zębinę czy też miazgę zęba.

Oprócz tego udało się autorowi stwierdzić istnienie odruchu miazgowo-mięśniowego, który polegał na ruchu otwierania ust przy zadrażnieniu miazgi zębowej.

Powyższe odruchy zostały już dawno zauważone w zawodowej praktyce, lecz dotąd były niewyjaśnione. Str. *M. Owińska*

PROTETYKA.

F. Engel (Wiedeń). Brucken und Schienen mit Dreiviertelkronen. (Mostki i szyny z trzyćwierciowemi koronami. =30=

Ponieważ dotychczasowe metody leczenia korzeni nie dają nam absolutnej pewności zapobiegnięcia ewentualnym dalszym zmianom oraz powstawanie ognisk infekcyjnych, przeto leczenie korzeni stosować należy tylko jako ultima ratio. Braki zaś uzębienia należy uzupełniać zapomocą mostków, lub szyn, lub też kombinując obydwie metody. Ze względów statystycznych, higjenicznych i kosmetycznych najodpowiedniejsze jest użycie żywego zęba jako filara przy zastosowaniu korony trzyćwierciowej. Nie wchodząc w szczegóły, które można znaleść w podręczniku autora: „Die Dreiviertelkrone" (nakład Urbana i Schwarzenberga) ogranicza się autor do przedstawienia zasad i ostatnich zdobyczy w tej sprawie, koniecznych praktykowi.

Podstawą osiągnięcia dobrych wyników jest:

1) Odpowiednie preparowanie dlatego też należy często znieczulać. — Przy obecności w dostawce kilku filarów z trzyćwierciową koroną używa się do pomocy równoległościomierza.

Dla ochrony oszlifowanego zęba służą nakrywy celuloidowe Caulk'a, prowizorycznie cementowane.

2) Stworzenie modelu woskowego metodą bezpośrednią lub pośrednią przy użyciu specjalnego instrumentarjum.

3) Zastosowanie techniki odlewu ekspansyjnego,

4) zacementowanie przy użyciu nakryw Jiffy'ego. Przy wielkich dostawkach podwójna asysta,

5) lutowanie lege artis. W tym celu należy sporządzić oddzielny wycisk gipsowy dla ustalenia stosunku położenia dostawki do korony trzyćwierciowej. Podczas lutowania utrzymać należy całkowity płaszczyznowy kontakt części lutowanych zapomocą wstawki inlay'owej (Fugeninlay).

6) Uwzględnienie granic wskazań. Przy tem zwrócić należy uwagę na niebezpieczeństwo próchnicy, wartości umocowania, niebezpieczeństwo, zagrażające miazdze, oraz nieprawidłowości uzębienia i kształtu zębów. *Dzik.*

ORTOPEDJA.

Herbst, Die automatische Reguliermethode. (Automatyczna metoda regulacji. Bologna 1935. Autoreferat =34=

Każda metoda jest tem znamienna, że jest tylko dobrą do czasu ukazania się lepszej, jest ona bowiem tylko krokiem naprzód i nigdy nie może być skończenie dobrą. Dlatego też pozostawać należy wobec każdej metody z pewną rezerwą. Przedstawiona metoda biologiczna może być nazwana automatyczna ze względu na swój charakter.

Przy użyciu jej spotykamy się z dwoma źródłami sił działających:

1) sprężynujący drut o ściśle oznaczonej sile działania,

2) siły naturalne, obecne w jamie ustnej, a mianowicie:

a) siły zgryzowe,

b) ciśnienie tkanek miękkich.

Sprężynujący drut służy dla regulacji zębów poszczególnych, pozostałe dla regulacji stawu żuchwowego.

Należy zaznaczyć, że nie każdy przypadek można automatycznie regulować.

Używany do budowy aparatu Herbsta drut sprężynujący sporządzony jest ze złota i platyny (albo materjału: Degussa, Janusgold lub Auroragold). Może być też użyty amerykański drut złoto-platynowy, np. Dee et Co.

Wspomniane druty rozżarzone do temperatury 600° C i powoli ochładzane stają się bardzo twarde a przez rozżarzenie i nagłe oziębienie w zimnej wodzie miękną, odwrotnie jak ze stalą (drut V 2 A rozżarzony pozostaje miękki).

Korzyści tego aparatu z porównaniem z aparatem Mershon'a są następujące:

1) Drut jest ciągły i równomiernie sprężynujący.
2) Rzadko się łamie,
3) może być dolutowany do pierścieni,
4) a w ustach odpowiedniemi instrumentami dobrze doginany.

Druga metoda polega na biologicznem oddziaływaniu na staw żuchwowy przy pomocy aparatu Herbsta (Retentions-Charnieres). Aparat ten nakłada się na już wyregulowaną górną i dolną szczękę, wskutek czego dolna szczęka ustawia się normalnie w stosunku do górnej; powrót do dawnego nieprawidłowego położenia jest niemożliwy.

W przeciągu 9—12 miesięcy, wskutek działania aparatu osiągamy takie zmiany w stawie żuchwowym, że szczęka dolna na zawsze ustała się w nowem położeniu.

Dodatnią stroną tego aparatu jest:

1) Bezpośrednia regulacja II klasy całkowicie niewidocznym aparatem, przy wykorzystaniu sił naturalnych, istniejących w jamie ustnej, tj. siły żucia i ciśnienie tkanek miękkich. Następnie natychmiastowa poprawa wyglądu kosmetycznego twarzy. Aparatura nie zagraża ozębnej ani miazdze, działa bezboleśnie, ogranicza ilość wizyt i może być użyta w każdym wieku.

Aparat retencyjny zawiasowy można także stosować przy jednostronnych lub całkowitych resekcjach główek stawowych żuchwy, następnie przy złamaniach gałęzi wstępującej żuchwy, nawet jako środek przeciwko zgrzytaniu zębami, paradontozie i wreszcie jest środkiem leczniczym przy schorzeniach stawu żuchwowego. Tłum. i skrócił *Dzik*

(Dalszy ciąg nastąpi).

Kongres austrjackich Stomatologów we Wiedniu.

W dniach 18. i 19. maja 1935 odbył się w Instytucie Psychologicznym Uniwersytetu we Wiedniu kongres Związku austrjackich stomatologów. W Kongresie wzięli udział stomatologowie z Austrji i państw ościennych, a obecni byli również Kierownicy Kliniki stomatologicznej we Wiedniu i Gracu, prof. Pichler i prof. Bauer. Otwarcia Kongresu dokonał przemówieniem przewodniczący docent dr. Spitzer. Głównym tematem referatów wygłoszonych w pierwszym dniu obrad były rezultaty osiągnięte w klinice prof. Pichlera. Prof. Pichler wygłosił odczyt na temat: gruźlica, wąglik i rak w stomatologji. Jego asystent dr. Berg — na temat: Schorzenia rakowe a szczęka, asystent dr. Gross: O zmianach w tkankach jamy ustniej wskutek używania protezy.

Szereg referatów poświęcono nowym metodom lecznictwa. Dr. Seidner demonstrował nową aparaturę do leczenia korzeni, poleconą również przez prof. Gottlieba.

Docent dr. Wolf omawiał sterylizowanie kanałów korzeniowych prądem elektrycznym. Dr. Singer demonstrował instrumenty dla konserwatywnego leczenia zębów, docent kliniki w Gracu dr. Grabner mówił o bakterjach w ślinie ludzkiej, docent dr. Stain referował o wrodzonych zmianach w szkliwie zębów mlecznych. Docent uniw. w Budapeszcie dr. Senthe wy-

głosił referat o ortodoncji, dr. Sturm z Reichenbergu o zastosowaniu djatermji w zębolecznictwie, a dr. Sturm z Wiednia o czyszczeniu mostków.

W niedzielę zapoznał prof. Pichler uczestników z programem Międzynarodowego Kongresu Stomatologów, mającego się odbyć w następnym roku we Wiedniu. Liczą się z dużym udziałem stomatologów niemieckich w tym Kongresie, a to w związku z mającemi nastąpić ulgami w ruchu granicznym z Niemcami. — Prawdopodobnie i udział kolegów polskich będzie bardzo liczny z powodu bliskości Wiednia, ulg kolejowych i paszportowych.

Główny Komitet Organizacyjny VII Polskiego Zjazdu Stomatologicznego. Warszawa 1—3 listopada 1935.

KOMUNIKAT V.

Główny Komitet Organizacyjny VII Polskiego Zjazdu Stomatologicznego, mającego się odbyć w Warszawie 1—3 listopada 1935 r., zwrócił się do niżej podanych wszystkich znanych mu pp. koleżanek i kolegów, zamieszkałych w większych ośrodkach kraju, z uprzejmą prośbą o zorganizowanie miejscowych Komitetów, celem jak najszerszej propagandy Zjazdu, co przyczyni się do uświetnienia takowego.

Mimo usilnych starań Główny Komitet Organizacyjny mógł, jednak, pominąć szereg osób i miejscowości, gdzie należałoby jeszcze podobne Komitety zorganizować, przeto drogą prasy zawodowej Główny Komitet Organizacyjny zwraca się z gorącą prośbą do wszystkich pp. koleżanek i kolegów o wskazanie adresów poszczególnych osób, które podjęłyby się organizacji nowych miejscowych Komitetów.

Zgóry dziękując za podanie tych wskazówek Główny Komitet Organizacyjny VII Polsk. Zjazdu Stomatol. załącza listę osób i miejscowości, do których już zwrócił się o utworzenie miejscowych Komitetów:

1. Kraków:	p. prof. dr.	W. Łepkowski, Straszewskiego 26.
	p. dr. med.	J. Wodniecki, Wielopole 6.
	„ „ „	J. Drozdowski, Lubicz 9.
	„ „ „	M. Haber, Grodzka 32.
2. Lwów:	p. prof. dr.	A. Cieszyński, Batorego 38.
	p. dr. med.	H. Allerhand, Kopernika 11.
	„ „ „	M. Brill, Batorego 34.
3. Wilno:	p. lek. dent.	Wolański, Wileńska 26 m. 6.
	„ „ „	W. Bobrowska, Wiwulskiego 6 c.
	„ „ „	J. Feldsztejn, Wileńska 16.
4. Poznań:	p. dr. med.	L. Lakner, Pl. Wolności 9.
	„ „ „	Skutecka, Pl. Nowowiejski 7.
	p. lek. dent.	Ambrożkiewicz,
	„ „ „	W. Neyman, Fredry 6.
	„ „ „	Sierociński, Ambulat. dent. Ubezpiecz. Sp.
5. Baranowicze:	„ „ „	W. Sznejderman, Szeptyckiego 51 b.
6. Brześć n/B.:	„ „ „	E. Meczykowa, Kościuszki 19.
	„ „ „	H. Winograd, Steckiewicza 24.

7. Białystok:	„ „ „	J. Sokólski, Piłsudskiego 17.
	„ „ „	L. Kopelman, Piłsudskiego 17.
	„ „ „	J. Butkiewicz, Św. Rocha 2.
8. Częstochowa:	„ „ „	Z. Lubczyński, Śląska 5.
	„ „ „	N. Rozenblat, Aleja 14.
	„ „ „	M. Rozenowicz, Aleja 35 m. 3.
9. Grodno:	„ „ „	I. Karwowski, Napoleońska 8.
	„ „ „	S. Dworecki, Podolna 5.
10. Gdynia:	p. dr. med.	Cylkowski,
	p. lek. dent.	H. Solnik, Św. Jańska 13.
11. Kalisz:	„ „ „	M. Świderski, Piłsudskiego 22.
	„ „ „	I. Szwarcman, Kanonicka 1.
12. Kielce:	„ „ „	S. Kalinowska, Duża 15.
	„ „ „	W. Podolski, Duża 24.
	„ „ „	J. Szartowska, Czarnowska 9.
13. Kowel:	„ „ „	B. Ajzenberg, Mickiewicza 19.
14. Lublin:	„ „ „	Filipińska, Al. Racławickie 4.
	„ „ „	Zajfen, Staszyca 7.
	„ „ „	Frydrychs Piechowski, Narutowicza 13.
15. Łódź:	„ „ „	M. Sokalski, Andrzeja 4.
	„ „ „	T. Babad, Nawrot 1.
	„ „ „	A. Kowalski, Szpital Okręgowy.
	„ „ „	M. Libera, Sienkiewicza 53.
	„ „ „	M. Kalisz, Pierackiego 7.
16. Łuck:	„ „ „	L. Chazanow, Jagiellońska 48.
	„ „ „	H. Zawidzka, Orzeszkowej 19.
17. Pabjanice:	„ „ „	M. Midler, Puławskiego 3.
	„ „ „	Parczyński,
18. Radomsko:	„ „ „	Glikman, Rynek 4.
	„ „ „	J. Kowczycka, Przedborska 28.
19. Równe:	„ „ „	J. Fajtel, Piłsudskiego 3.
	„ „ „	Z. Grodzka, 2 Szpital Okręgowy.
20. Sosnowiec:	„ „ „	A. Ingster, Warszawska 10.
	„ „ „	N. Wejs, Sienkiewicza 4.
	„ „ „	J. Garlińska,
21. Tarnów:	„ „ „	C. Braun, Kaczkowskiego 1.
22. Tomaszów Maz.:	„ „ „	Szmigelski, Antoniego 25.
23. Włocławek:	„ „ „	D. Marjamoff, 3 Maja 25.
	„ „ „	J. Śmietański, Nowy Rynek 1.
24. Bydgoszcz:	„ „ „	W. Blechman, Grundwaldzka 2.
	„ „ „	O. Nehrebecki, Kolejowa 7.
25. Toruń:	„ „ „	S. Życzkowski,
26. Tarnowskie Góry:	„ „ „	Stankiewicz,

Za Komitet Organizacyjny.

B. W. Zakrzewska.
Sekretarz.

Prof. H. Wilga
Przewodniczący Gł. Kom. Org.

W sprawie protokołu posiedzenia Zjazdu Delegatów R. C. z 6. I. 1935 [1]).

Wydział Związku Stomatologów lwowskiej Izby lekarskiej komunikuje: Wedle brzmienia protokołu Zjazdu Delegatów R. C. z 6/I 1935 kol. Bloch zapytał „Dra Allerhanda, jako wiceprezesa Rady Centralnej na Małopolskę i jako współredaktora Polskiej Stomatologji, czy wiadomy mu był fakt podania listu Dra Bergera, uwłaczającego godności lekarza dentysty do druku w Polskiej Stomatologji, jako oficjalnym organie Rady Centralnej, i jej członków".

„W odpowiedzi na powyższe dictum acerbum Dr. Allerhand zaznacza, iż aczkolwiek o fakcie powyższym był poinformowany, nie może jednak, jako współredaktor wyłącznie działu naukowego być odpowiedzialnym za prace umieszczone w dziale zawodowym, a osobiście był i jest przeciwnym podobnym enuncjacjom, szkodzącym konsolidacji zawodu".

Zainterpelowany na posiedzeniu Zw. Stomat. lw. Izby lekarskiej dnia 7/V w powyższej sprawie kol. Allerhand złożył następujące oświadczenie: „Punkt 7 na stronie 4 i 5 protokołu jest niedokładnie zredagowany, albowiem na zapytanie lek. dent. P. Blocha odpowiedziałem, że stroną atakującą i obrażającą stomatologów w swem przemówieniu, był właśnie lek. dent. P. Janusz Szajewski, a artykuł Dra Bergera był odpowiedzią na insynuacje lek. dent. Szajewskiego. Uważam, że podobne wystąpienia jak P. Szajewskiego, wywołujące następnie odpowiedzi jak Dra Bergera, są szkodliwe dla konsolidacji zawodowej".

W związku z tem Wydział Z. St. Lw. I. L. powziął jednomyślnie następującą uchwałę:

„Wydział Związku Stomatologów stwierdza, że artykuł kol. Bergera był znany redakcji Polskiej Stomatologji i że redakcja i Wydział solidaryzują się ze stanowiskiem kol. Bergera, ponieważ była to odpowiedź na inwektywy lek. dent. Szajewskiego, atakującego w sposób obraźliwy kolegów naszych".

F. D. I.

Doroczne posiedzenie Międzynar. Związku Dentystycznego F. D. I.

Bruksela 4—10 sierpnia 1935.

29. posiedzenie F. D. I. odbędzie się we wspaniałych salach Instytutu Dentystycznego Georges Eastman'a łącznie z IV. belgijskim kongresem narodowym.

Jest to ostatnie posiedzenie przed Międzynarodowym Kongresem we Wiedniu na rok 1936; na porządku dziennym będą liczne wnioski. Prawdopodobnie odbędzie się w czasie posiedzenia oficjalne poświęcenie Instytutu Georges Eastman'a.

Zwracamy naszym kolegom uwagę na to, że Bruksela ze względu na Międzynarodową Wystawę, która będzie o wiele okazalszą niż w latach ubiegłych, będzie miała szczególny urok i siłę przyciągającą.

O dalsze informacje proszę zwrócić się pod adresem: Ch. F. L. Nord, generalny sekretarz F. D. I. Scheveningscheweg Haga, Holandja.

---

[1]) Zob. Pol. Stom. 1935/4 i 5, str. 149. — Nadesłano 5/VI. 1935.

Międzynarodowy Kongres Dentystyczny (F. D. I) Wiedeń 1936.

Na VIII. Międzynarodowym Kongresie stomatologicznym w Paryżu 1931 r. postanowiło kierownictwo F. D. I. przyjąć zaproszenie austrjackich stomatologów i zwołać następny kongres do Wiednia.

Do kierowania przygotowaniami na ten kongres wybrano komitet organizacyjny, który ukonstytuował się na wiosnę 1933 r.

W zimie 1933/34 r. obradował komitet wiedeński na licznych zebraniach nad organizacją i naukowem przeprowadzeniem przyszłego kongresu. I pozostawał w łączności z prezesem FDI Geo Villain'em jakoteż z kol. F. L. Nord'em, sekretarzem FDI.

Na rocznem posiedzeniu w Como w r. 1934 uchwalono statuty kongresowe wedle wniosku wiedeńskiego Komitetu Organizacyjnego.

Kongres odbędzie się w pierwszym tygodniu sierpnia (2—8 sierpnia) 1936 r. Zwraca się uwagę na próby nowej organizacji Kongresu, która polega na tem, że przedpołudniem odbędą się referaty główne na różne tematy, popołudniu zaś pokazy do odnośnych tematów.

Rozkład czasu został w następujący sposób ustalony:

Poniedziałek przedpołudniem: 1. Anatomja, Histologja, Fizjologja, Patologja, Bakterjologja, Farmakologja. 2. Protetyka całkowita (dostawka). 3. Historja stomatologji, bibljoteki, prasa fachowa.

Poniedziałek po poł.: Pokazy.

Wtorek przed południ.: 4. Etjologja i leczenie ubytków. Wypełnienia. 5. Korony stałe. Porcelany. 6. Nauczanie.

Wtorek po poł.: Pokazy.

Środa przed poł.: 7. Anestezjologja, Narkoza, Roentgenologja. 8. Schorzenia parodontalne. 9. Służba zdrowia, Społeczne ustawodawstwo.

Środa po poł.: wolne. (Pokazy z tego działu Piątek p. m.).

Czwartek przed poł.: 10. Leczenie korzeni, Ogniskowe zakażenia. 11. Częściowe dostawki do zdejmowania. 12. Metalurgja.

Czwartek po poł.: Pokazy.

Piątek przed poł.: 13. Chirurgja jamy ustnej. 14. Ortodoncja. 15. Fizyka, Chemja.

Piątek po poł.: Pokazy.

Sobota: F. D. I. Posiedzenie końcowe.

Wiadomości bieżące.

Kurs protetyki doc. dr. Loosa w Warszawie. Staraniem Zarządu Głównego Związku Lekarzy Dentystów w Państwie Polskiem odbył się w dniach od 30 maja do 2 czerwca r. b. w Warszawie w lokalu Polskiego Touring Klubu przy ul. Kredytowej 5 kurs doc. dra med. Antona Loosa z dziedziny protetyki stomatologicznej.

F. D. I.

IX. Międzynarodowy kongres lekarzy-dentystów we Wiedniu od 2—8. sierpnia 1936 *).

STATUT

I. Ogólne postanowienia.

Art. 1. IX. Międzynarodowy Kongres lekarzy-dentystów odbędzie się w pierwszym tygodniu sierpnia 1936 we Wiedniu.

Art. 2. Celem Kongresu jest wzmożenie zdobyczy zębolecznictwa i pogłębienie międzynarodowych stosunków lekarzy-dentystów.

Art. 3. Kongres organizuje kierownictwo FDI, a mianowicie: Komitet Organizacyjny w myśl Art. 16. FDI w sposób następujący: jedną trzecią liczby członków mianuje Komitet Wykonawczy FDI, pozostałe zaś dwie trzecie zostaną wybrane przez austrjackie organizacje, przynależne do FDI.

II. Warunki przyjęcia.

Członkowie Kongresu.

Art. 4. Zgłoszenie udziału w Kongresie wnosi się przez przynależny Komitet Narodowy do Komitetu Organizacyjnego (Wien, IX. Währingerstrasse 25a.), który uskutecznia przyjęcie kandydata. Każdy Komitet Narodowy jest odpowiedzialnym za prawo udziału zgłoszonych przez niego uczestników. Zgłoszenia z tych państw, w których nie utworzył się żaden Komitet Narodowy uskutecznia bezpośrednio Komitet Organizacyjny. Co do członków rozróżnia się członków czynnych, honorowych i uczestników (nadzwyczajnych członków).

A. Czynni członkowie.

Czynnym członkiem Kongresu może być każdy lekarz-dentysta (stomatolog), który posiada prawne kwalifikacje w kraju, w którym czerpał swoje fachowe wiadomości względnie wykonuje swój zawód. Także lekarze i przedwiciele innych naukowych zawodów mogą być członkami czynnymi. Każdy ubiegający się o udział w Kongresie jako członek musi w swem podaniu wymienić:

1. swój dokładny adres,
2. swój zawodowy i naukowy stopień,
3. nazwę towarzystwa zawodowego, którego jest członkiem.

Do podania należy dołączyć kartę wizytową i jednocześnie uiścić składkę członkowską.

---

*) Sekretarjat: Wien, IX. Währingerstrasse 25 a.

Składka członkowska wynosi 70 szylingów *).

Dla ubiegających się o członkowstwo kongresu, o ile zapłacą przed dniem 31. stycznia 1936, składka wynosi 60 szyl. *).

Członkowie, którzy należą do FDI conajmniej od 3 lat przed Kongresem i nie zalegają ze składkami, zostaną dopuszczeni na czynnych członków bez uiszczenia składki. Za tych członków wypłaci FDI połowę składki kongresowej.

B. Honorowi członkowie.

Komitet Organizacyjny ma prawo mianować członków honorowych wedle wolnego sądu. Ci natomiast, wolni od składek korzystają z wszystkich praw czynnych członków.

C. Uczestnicy (nadzwyczajni członkowie).

Nadzwyczajnymi członkami mogą być:

1. Krewni czynnych członków Kongresu,
2. Studenci stomatologji i medycyny,
3. Biorący udział w wystawie przemysłowej wzgl. ich przedstawiciele.

O przyjęcie nadzwyczajnych członków należy do podania załączyć:

a) dla krewnych: imię i adres czynnego członka, z którym ubiegający się jest spokrewniony, jakoteż stopień powinowactwa.

b) dla studentów stomatologji i medycyny: zaświadczenie imatrykulacji uniwersytetu, na którym studjuje.

c) dla biorących udział w wystawie przemysłowej: wykaz uczestnictwa na wystawach przemysłowych.

Składka Kongresu wynosi:

dla studentów 15 szylingów,

dla wszystkich innych nadzwyczajnych członków połowa należnej składki (25 szylingów, wzgl. 30 szyl.)*).

Art. 5. Kto ma prawo do czynnego udziału, zostaje dopuszczony jedynie jako członek czynny, a nie jako nadzwyczajny. Przed uiszczeniem składki nikt nie może być przyjętym na członka czynnego bądźto nadzwyczajnego.

Po uzyskaniu przyjęcia, ubiegający się otrzymuje kartę członkowstwa. Karta zaopatrzona podpisem prezydenta i skarbnika jest dowodem potwierdzenia odbioru składki.

Wstęp na Kongres możliwy jest jedynie za okazaniem imiennie wystawionej karty posiadacza, która musi być zaopatrzona w jego podpis. Przekazywanie karty członkowstwa na inną osobę jest niedozwolone.

---

*) W wypadku jakiejś istotnej zmiany wartości austrjackiego szylinga w dniu zapłaty może Komitet Kongresu zmienić odpowiednio wysokość składki członkowstwa.

O zmianie adresu należy niezwłocznie zawiadomić generalnego sekretarza.

Nadzwyczajni członkowie otrzymują oficjalny program i katalog wystawy.

Art. 6. Członkowie czynni otrzymują oficjalny program, katalog wystawy i treść obrad kongresu, które ukażą się w 2 tomach (patrz Art. 16).

Prawo do otrzymania tomów komunikatów mają tylko ci czynni członkowie, którzy przed 1. kwietnia 1936 zgłosili swój udział i uiścili składkę członkowską. Później zgłoszeni członkowie otrzymują oficjalne druki Kongresu zależnie od ilości ówczesnego zapasu.

III. Zawodowy Komitet Zasiłkowy.

Art. 7. Związki zawodowe, które wspierają Kongres, mogą być na podstawie rozstrzygnięcia Komitetu organizacyjnego przemienione w zawodowy Komitet zasiłkowy.

IV. Oficjalne języki Kongresu.

Art. 8. Oficjalnemi językami Kongresu są: niemiecki, angielski, francuski (te trzy języki obowiązkowe) i hiszpański lub włoski, zależnie od wyboru prelegentów. Inne języki mogą być używane za zgodą przewodniczącego dnia.

V. Organizacja Kongresu.

Art. 9. Obrady Kongresu odbywać się będą jako:

1. Zebrania wspólne,
2. posiedzenia sekcyj,
3. posiedzenia z praktycznemi demonstracjami.

Podczas Kongresu odbędzie się Wystawa; reprezentowane będą następujące działy:

a) naukowa wystawa (dopuszczalne jedynie są objekty naukowych badań ostatnich 5-ciu lat),
b) wystawa dotycząca higjeny jamy ustnej i uzębienia,
c) wystawa dotycząca wychowania i bibljotekarstwa,
d) wystawa przemysłowa.

Art. 10. Zebrania wspólne.

Kongres odbędzie następujące plenarne posiedzenia:

1. Otwarcie Zjazdu pod przewodnictwem prezydenta FDI z wprowadzeniem przewodniczącego i kierownika Kongresu.
2. Zamknięcie Zjazdu; ustalenie czasu i miejsca następnego Kongresu.

Art. 11. Posiedzenia sekcyj.

Dla prac kongresu utworzy się 15 sekcyj, po trzy sekcje o bardzo rozbieżnych zakresach wiedzy, obrady zaś odbędą się w tym samym czasie w trzech rozmaitych salach, tak że program pracy Kongresu przeprowadzony będzie w 5-ciu dniach. Przedpołudnie przeznaczone jest dla komunikatów i dyskusyj, popołudnia zaś na demonstracje z odpowiednich zakresów.

Obrady 15 sekcyj Kongresu odbędą się w następującym porządku:

Poniedziałek	do poł.	1. Anatomja, histologja, fizjologja, patologja, bakterjologja, farmakologja.
		2. Całkowita proteza,
		3. Historja zębolecznictwa, bibjotekarstwo, piśmiennictwo zawodowe.
	po poł.	Pokazy.
Wtorek	do poł.	4. Etjologja i leczenie próchnicy. Wypełnienia.
		5. Korony, stała dostawka, porcelanowa.
		6. Nauczanie.
	po poł.	Pokazy.
Środa	do poł.	7. Znieczulenie, narkoza, roentgenologja.
		8. Schorzenia parodontalne.
		9. Służba Zdrowia. Prawodawstwo społeczne.
	po poł.	wolne. (Pokazy z tych zakresów odbędą się w piątek po poł.).
Czwartek	do poł.	10. Leczenie korzeni, zakażenie ogniskowe.
		11. Częściowa dostawka ruchoma.
		12. Metalurgja.
	po poł.	Pokazy.
Piątek	do poł.	13. Chirurgja jamy ustnej.
		14. Ortodoncja.
		15. Fizyka, chemja.
	po poł.	Pokazy.
Sobota		F. D. I. Posiedzenie końcowe.

VI. Praca Kongresu.

Art. 12. Sprawozdanie.

Komitet organizacyjny Kongresu ustanowi w myśl wniosków naukowej Komisji FDI dla różnych zasięgów tematy i referentów; tych więc uprosi się o opracowanie wykładu w obranym temacie i przesłanie go do 31. stycznia 1936 Komitetowi organizacyjnemu, Wien IX. Währingerstrasse 25 a.

Referaty ograniczają się do wyników badań ostatnich 5-ciu lat. Dla każdego przedmiotu o ile możności będzie zaproszonych kilku referentów i kilku oficjalnych koreferentów z różnych krajów.

Referaty i ich tłumaczenia będą drukowane i przesłane zgłoszonym do 1. kwietnia 1936, czynnym członkom przed rozpoczęciem kongresu. Z tego powodu musi być bezwzględnie zachowany ustalony termin przesyłania tekstu. Przesłane referaty po ustalonym terminie nie będą mogły być uwzględnione.

Referaty będą przyjęte pisane wyłącznie na maszynie i nie powinne przekroczyć 30 stronnic. Rękopisy natomiast będą odesłane z powrotem autorom.

Przedpołudniem tego dnia będą wpierw wygłaszane krótkie referaty. Czas przemawiania 20 minut. Dla przedstawienia ewentualnie przeźroczy i dla przetłumaczenia streszczenia w innych językach kongresu również ustalono 20 minut czasu.

Pozatem dopiero zabiorą głos oficjalni koreferenci (po 15 minut). Na zamknięcie przewidzino 40 minut dla wolnej dyskusji na omawianie tematu.

Dyskutanci mają się zgłosić o ile możności po oficjalnej dyskusji (czas przemawiania najwyżej 5 minut). Na ostatnie słowo referent ma do dyspozycji 10 minut.

Przeźrocza powinne być o ile możności — zaopatrzone w objaśnienia w trzech językach.

Art. 13. Pokazy i doniesienia.

Każdy członek Kongresu, który chce mieć pokazy względnie przedstawić komunikaty, musi donieść o tem przez Narodowy Komitet Komitetowi Organizacyjnemu do dnia 1. czerwca 1936, z podaniem tytułu jakoteż krótkiego streszczenia z ewent. rycinami (ilość ograniczona) z wymienieniem aparatury do pokazów.

Popołudnia zaś są przeznaczone dla pokazów i doniesień z dziedziny będącej na porządku dziennym.

Jest bardzo pożądanem dla przeważającej liczby tematów także natury teoretycznej, ująć je w formę pokazów (demonstracyj, tablic klinicznych).

Dla każdego pokazu przeznaczony będzie osobny stół przez całe popołudnie.

Z uwagi na to, będą starania, aby przy wszystkich pokazach był do dyspozycji tłumacz, dając wyczerpujące informacje każdemu z odwiedzających.

W wypadku, gdyby członek chciał swój odczyt zreferować jako komunikat, powinien o tem donieść równocześnie przy zgłoszeniu odczytu. Ma wówczas do dyspozycji zamkniętą salę wykładową. Do tego odczytu udzieli mu się jednak tylko 15 minut czasu.

Art. 14. Dyskusje.

Uwagi dyskusyjne, które mają być ogłoszone w sprawozdaniach Kongresu, należy oddać przed ukończeniem Kongresu do sekretarjatu.

Art. 15. a) Jedynie czynni i honorowi członkowie mogą mieć odczyty, pokazy i komunikaty oraz mają prawo udziału w dyskusji.

b) Autorzy poszczególnych odczytów i pokazów tylko wtedy będą uwzględnienie w oficjalnym programie, jeśli we właściwym czasie uiszczą swoje wkładki na czynnych członków, to jest najpóźniej przy przesłaniu tytułu pracy, które zamierzają przedłożyć Kongresowi.

Art. 16. P u b l i k a c j e.

Ogłoszenie przebiegu Kongresu odbędzie się pod przewodnictwem Komitetu organizacyjnego. Rozprawy Kongresu będą ułożone w 2 częściach. Pierwsza część będzie zawierała referaty i ukaże się przed Kongresem. Druga zaś część będzie zawierała dyskusje, dotyczące referatów, z zestawieniem pokazów i streszczenia komunikatów jakoteż dyskusje o nich. Tom ten ukaże się po Kongresie i będzie przysłany czynnym członkom za pośrednictwem Komitetów Narodowych. Do publikacyj będą przyjęte jedynie treść pokazów i strzeszczenia komunikatów.

Do każdego streszczenia dołączyć należy wykaz możliwie wszystkich prac ogłoszonych w pismach fachowych w ostatnich 5-ciu latach, dotyczących danego tematu; przez to tom II-gi stanowić będzie wykaz wszystkich nowych prac, które w tym czasie były opublikowane, jedynie w przypadkach wyjątkowych mogą być objaśnione ilustracjami i to tylko w ograniczonej ilości.

Prawo pierwszeństwa wydania przedłożonych Kongresowi wszystkich prac ma Komitet Organizacyjny. Przedłożone Kongresowi prace mogą się ukazać w czasopismach fachowych dopiero po wydrukowaniu rozpraw i muszą być zaopatrzone w szczególną uwagę; wygłoszone na IX. Międzynarodowym Kongresie lekarzy-dentystów we Wiedniu 1936 i ogłoszone w rozprawach Kongresu.

Te prace, które w całości nie będą mogły być ogłoszone w rozprawach Kongresu, będą mogły być umieszczone w dowolnem czasopiśmie, obranem przez autora. W tymże wypadku Komitet Wydawniczy zawiadomi autora o swej decyzji przed 31. grudnia 1936.

Art. 17. W n i o s k i i p o s t a n o w i e n i a.

Każda uchwała odnośnie do kwestji natury praktycznej lub administracyjnej za aprobatą prezesa sekcji będzie przysłana administracyjnemu generalnemu sekretarzowi jako wniosek do biura międzynarodowego Kongresu, jakoteż członkom wydziału wykonawczego Międzynarodowego Związku lekarzy-dentystów (FDI) na zebraniu przed rozpoczęciem IX. Międzynarodowego Kongresu lekarzy-dentystów. Przyjęte wnioski będą przedstawione Kongresowi na zebraniu kongresowem do zatwierdzenia.

VII. Administracja.

Art. 18. Wpływy pieniężne nadesłane Komitetowi Organizacyjnemu będą zdeponowane w jednym lub w kilku ustalonych przez Komitet bankach. Suma ta skontrolowana będzie przez Komisję finansową, ustanowioną przez Komitet Organizacyjny.

Kasjer zaś spłaci ustalone przez wydział finansowy rachunki za pośrednictwem depozytów bankowych.

Komitet finansowy jest odpowiedzialny przed IX. Międzynarodowym Kongresem lekarzy-dentystów co do zamknięcia, układów lub zamówień i wydatków Kongresu.

W razie przeszkody ze strony skarbnika zastępuje go zastępca na tych samych prawach.

VIII. Zarządzenia wewnętrzne.

1. Każdą salą wykładową zarządza osobny Komitet, który zajmuje się kierownictwem i przeprowadzeniem obrad w tejże sali.

Komitet wyznacza przewodniczącego i sekretarza z dwoma zastępcami dla każdej sali.

Każdy Komitet ma do dyspozycji stałych tłumaczy wszystkich języków kongresowych dla swej sali.

Komitet sali wykładowej ogłosi przed otwarciem kongresu, przy wejściu na salę obrad ustalony program dnia odczytu, który odbędzie się w danej sali obrad.

2. W każdej sali wykłady odbywać się będą pod przewodnictwem przewodniczącego Komitetu, wyznaczonego dla danej sali, lub pod przewodnictwem jego zastępcy.

3. W czasie trwania posiedzeń przewodniczący jest odpowiedzialny za przebieg posiedzeń.

Wszelkie zachodzące kwestje wątpliwe będą jemu przedłożone przyczem postanowienie jego jest nieodwołalne.

4. Członkowie, którzy pragną zabrać głos w dyskusji, powinni poprzednio zgłosić się u sekretarza, podając swe nazwisko na piśmie.

Sekretarz zanotuje jego nazwisko w kolejności zgłoszeń. Późniejsze zgłoszenia są niedopuszczalne.

5. Czas przemawiania dla referentów i dyskutantów jest ustalony w Art. 12. Statutu.

6. Ustalony czas przemawiania może być przedłużony za zgodą przewodniczącego sali biura po otrzymaniu opinji zgromadzenia. Jednakowoż czas ten może być ograniczony, o ile zajdzie konieczność dla wyczerpania porządku dziennego.

Doc. dr. Zeńczak Marjan, Warszawa — Streszczenia prac (C. d.[1])

5. **Elektroliza w protetyce dentystycznej,** Przegl. Dent. Nr. 1, 2/1934, Str. 1—16.

Przez zanurzenie dwu lub więcej metali do płynu wytwarza się między metalami, jako biegunami ogniwa galwanicznego prąd elektryczny. Siła prądu jest zależna od rodzaju metalu i rodzaju cieczy. Wytwarzający się prąd powoduje odrywanie cząstek, czyli rozkład metalu mniej szlachetnego, wskutek czego proces ten nazywa się elektrolizą. Reakcja elektrolityczna zachodzi również między stopami użytkowanemi w protetyce. Stopy nieszlachetne i cementy cynkowe ulegają rozpuszczaniu przedewszystkiem w okolicach przydziąsłowych w miejscach, gdzie pokarm zatrzymuje się, ulega fermentacji i wytwarza kwasy, przyczyniające się do zwiększenia natężenia prądów elektrolitycznych.

Zawartość w stopach metali trujących prowadzi do mniej lub bardziej ciężkiego zatrucia organizmu.

Objawy zatrucia spotykamy przy stopach, mających zastąpić żółte złoto, a należących do grupy mosiądza. Niezmieniony pozornie kolor tych stopów w ustach utrzymuje się dzięki rozpuszczaniu się i odsłanianiu ciągle świeżych warstw metalu. Najlepiej zachowujący się kolor i szeroko rozreklamowany randolf ulega najsilniejszemu rozpuszczaniu. Przy jego obecności roboty złote pokrywają się w ustach ciemnym osadem tlenku rozpuszczonej miedzi. Objawy zatrucia mogą być miejscowe w postaci przekrwienia, rozpulchnienia dziąseł z równoczesnym stałym posmakiem metalicznym, względnie ogólnie, jak bóle neuralgiczne, nerwowe trzęsienie, a nawet stałe biegunki, świadczące o przedostawaniu się soli miedziowych do przewodu pokarmowego.

6. **Stal nierdzewiejąca chromoniklowa „Wipla“ jako materjał protetyczny.** Przegl. Dent. Nr. 4/1934, Str. 1—23.

Udostępnienie ceny, czyli stworzenie możności korzystania przez szerokie warstwy społeczeństwa z materjałów protetycznych bardziej wytrzymałych aniżeli kauczuk a mogących odpornością chemiczną stanąć na równi z metalami szlachetnemi (złotem — platyną) skłoniło Hauptmeyera do zwrócenia uwagi na stal chromoniklową. Z wielu gatunków stali nierdzewiejącej wybrał odmianę austenityczną o nazwie Wipla, pochodzącej z podobieństwa kolorem i odpornością chemiczną do platyny. (wie Platin). Z zestawienia wytrzymałości kauczuku, złota i Wipla otrzymuje się w przybliżeniu stosunek 1 : 8 : 16, czyli Wipla jest dwukrotnie wytrzymalszą od złota, a szesnastokrotnie od kauczuku.

Uwzględniając przytem różnicę ciężarów właściwych otrzymuje się płytkę z Wipla w granicach ciężkości płytek kauczukowych, a pięciokrotnie lżejszą od złotej. Wielka spoistość Wipla wyróżnia ją ponadto pod względem higjenicznym, stawiając na równi z porcelaną.

Ujemną stroną Wipla jest trudność obróbki, wymagająca specjalnego urządzenia pracownianego. Wysokie zalety Wipla są uzależnione od jednolitości budowy wewnętrznej o nienaruszonych kryształach austenitycznych. Kryształy

---

[1]) Początek w Pol .Stom. 1935, nr. 4/5, str. 155.

zmiażdżone i porozrywane przy tłoczeniu i wyginaniu, względnie zniekształcone ciepłem przy spawaniu muszą być odtworzone przez podgrzanie do temperatury 1140—1180 C. bez dostępu tlenu i węgla. Inaczej płytka ulega w ustach procesom elektrolitycznym i rdzewieniu. Twardość metalu zmusza do tłoczenia płytek pod znacznym naciskiem zapomocą prasy wywiązującej nacisk do 50.000 kg. Łączenie poszczególnych części uskutecznia się zapomocą spawania elektrycznego. Lutowanie łącznem złotem jest zasadniczo również możliwem, ale łączna muszą być wysokokaratowe i trudno topliwe, a ogrzewanie miejsca lutowania odrazu energiczne, tak, by rychło przeskoczyć granice temperatur od 550^0—800^0 C. Przy ogrzewaniu powolnem w temp. około 650^0 C. dochodzi do rozluźnienia kryształów i metal staje się tak kruchym, że nawet grube kilkumilimetrowe kabłąki łamią się łatwo. Metal do odlewów topi się w temperaturze około 1400^0 C. Tak wysoką temperaturę wyzyskuje się płomieniem gazu piorunującego, czyli mieszaniny tlenu i wodoru.

Wartość użytkowa Wipla jest więc okupiona trudną i ciężką obróbką pracownianą.

7. **Ujemny wpływ nieprawidłowości zgryzowych na ustrój.** Przegl. Dent. Nr. 3/1934, Str. 1—12.

Naogół wzgląd kosmetyczny bywa głównym motywem do szukania pomocy regulacyjnej, a nazbyt mało zwraca się uwagi na ważność regulacji dla zdrowotności organizmu.

Stykanie się zębów zemkniętych przy nieprawidłowościach punktami tylko, a nie szerokiemi powierzchniami żującemi upośledza rozstarcie pokarmu zębami i prowadzi do schorzeń jelit cienkich oraz zaburzeń przemiany materji z powodu braku dostatecznej ilości węglowodanów w organimźie (amylorrhoe). Głód węglowodanowy prowadzi do spożywania większej ilości jadła, co znów przeciąża przewód pokarmowy, nie przynosząc organizmowi istotnych korzyści.

Zaczątek obfitego jedzenia sięga częstokroć najwcześniejszych okresów życia. Przy karmieniu sztucznem naskutek łatwości wydobywania mleka z flaszeczki niemowle połyka odrazu zbyt duże ilości mleka, które w żołądku ścina się w duże i zbite kawały, nie ulegające całkowitemu strawieniu w dalszych odcinkach przewodu pokarmowego. Nadmiar pokarmu mało wykorzystywanego przeciąża przewód pokarmowy i sprowadza schorzenia jelit, a równoczesny głód organizmu, wyrażany krzykiem dziecka zaspakaja otoczenie wetkniętym smoczkiem. Zła przemiana materji łączy w sobie upośledzenie procesu kostnienia i, miękkie kości szczękowe ulegają lekko zniekształceniom uciskowym ssanego smoczka, względnie palca.

Wytworzony zniekształceniem niestosunek kości szczękowych przyczynia się częstokroć do oddechania przez usta z następowemi schorzeniami dróg oddechowych, niedorozwojem klatki piersiowej, niedostateczną wymianą tlenową krwiobiegu w płucach, a tem samem stałem zatruwaniem organizmu dwutlenkiem węgla co wpływa ujemnie na rozwój młodego organizmu.

Leczenie regulacyjne nie powinno zamykać się w ramach usuwania nieprawidłowości już istniejących, a dążyć do ich zwalczenia w zarodku przez uświadomianie ogółu o przyczynach je wywołujących.

Zarząd Stowarzyszenia Wzajemnej Pomocy Lekarzy Dentystów Rzp. Polskiej.

KOMUNIKAT.

Przystępując w roku sprawozdawczym do pracy, Zarząd skupił swoją uwagę na powiększenie wpływów i na jak najdalej idącą oszczędność.

W związku z tem uskutecznione zostało energiczne rewindykowanie długów pożyczkowych, intensywne inkasowanie składek członkowskich, oraz likwidacja lokalu, co dało oszczędności do tysiąca złotych rocznie.

W myśl uchwały Walnego Zebrania, zapadłej w dn. 7 listopada 1935 r., Zarząd w kadencji bieżącej poczynił starania do uzyskania legalizacji zaprojektowanych zmian statutu, co osiągnięte zostało z pomyślnym wynikiem: statut został przez Komisarjat Rządu m. st. Warszawy zatwierdzony i w Monitorze Polskim (255—34) fakt rejestracji wydrukowany i zadokumentowany.

Ale twarda litera prawa pokrzyżowała wszystkie zdawałoby się prawne poczynania Zarządu i otóż Państwowy Urząd Kontroli Ubezpieczeń przy Ministerstwie Skarbu pismem z dnia 31 stycznia 1935 r. N. UU. 305/2/35 nakazał zaprojektowanie likwidacji funduszów: na wypadek choroby i na wypadek śmierci (pozgonnego).

Wobec powyższych okoliczności Zarząd zwołał: Zwyczajne Walne Doroczne Zebranie członków Stowarzyszenia — sprawozdawcze i na żądanie Ministerstwa Skarbu: Nadzwyczajne Walne Zebranie Likwidacyjne Funduszów: na wypadek choroby i na wypadek śmierci (pozgonnego), dla rozpatrzenia i rozstrzygnięcia kwestji likwidacji, lub reorganizacji Stowarzyszenia na Towarzystwo Wzajemnych Ubezpieczeń, na odmiennych zasadach.

Walne Zebranie uchwaliło przeprowadzić reorganizację Stowarzyszenia na Towarzystwo Wzajemnych Ubezpieczeń z tem, aby rodzaje i wysokości świadczeń i składek były możliwie najbardziej zbliżone do norm istniejących dotąd.

Po uzyskaniu zezwolenia Ministerstwa Skarbu na powstanie wzmiankowanego Towarzystwa Wzajemnych Ubezpieczeń, Zarząd ma prawo:

a) rozwiązać istniejące obecnie Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy Lekarzy Dentystów Rzp. P. i o powyższem zawiadomić Władze Nadzorcze,

b) przelać na nowopowstałe Towarzystwo cały majątek zlikwidowanego Stowarzyszenia według zasad prawnych z uwzględnieniem dotychczasowych uprawnień członków do otrzymania pożyczek na zasadach dotychczasowych.

Sprawozdanie kasowe przedstawia się jak następuje:

Udzielono 54 pożyczek na sumę zł. 16000. Z funduszu na wypadek choroby korzystało 27 członków, którym wypłacono zł. 2430.

Wypłacono z funduszu pozgonnego za trzy wypadki śmierci: razem zł. 4040.

Śmiertelność wyraża się w stosunku: 2,3: 100.

Z funduszów specjalnego przeznaczenia wypłacono zł. 270.

Stowarzyszenie liczy 129 członków, w tem: 91 rzeczywistych, 1 honorowego, 2 dożywotnich, 35 nadzwyczajnych.

Dział sprawozdań i streszczeń.

Piśmiennictwo bieżące.

CHIRURGJA STOMATOLOGICZNA.

Oppenheim (Wiedeń) Die Aufrichtung schiefstehender bzw. impaktierter Weisheitszähne. (Wyprostowanie ukośnych względnie wklinowanych zębów mądrości). Korrbl. f. Z. Nr. 2 z r. 1934.

Wydłutowanie dolnego zęba mądrości jest bardzo trudnym zabiegiem z powodu długotrwałego gojenia się rany, wielkich bólów i szczękościsku, które są zwyczajnem następstwem tej operacji. Autor podaje sposób zapobiegania temu, jakoteż sposób uratowania tego zęba dla zgryzu (o ile ząb mądrości jest zupełnie zdrowy), który to sposób nie jest wcale trudnym i nie wymaga specjalnego wykształcenia ortopedycznego. Jeśli zdjęcie roentg. wskazuje, że ustawienie zęba wklinowanego jest tego rodzaju, że się samoistnie nie wykłuje to pomni zasady: „prevention is better than cure" przystępujemy do wyprostowania go.

W wystający guzek wklinowanego zęba wcementuje się haczyk pionowo zakrzywiony z końcem ku przodowi. Na poprzedzający ząb dajemy pierścień, który dla zwiększenia oporu łączymy ewentualnie wewnętrznym łukiem z pierścieniem zęba przeciwległego. Po wargowej stronie pierścienia przymocowujemy zamek językowy (Lingualschloss), z którego wystaje ku tyłowi drut na końcu zgięty pod kątem prostym na 3—4 mm. Na ten koniuszek nawija się kilkakrotnie 0,5 mm. grubości elastyczny drut sprężynowy, który wpada pod haczyk w zębie mądrości, pchając go ku tyłowi. Haczyk musimy nieraz odciąć i w innem miejscu wcementować. Po ustaniu wklinowania, odpręża się sprężyną i zostawiamy aparat jako ustalający przez jakiś czas. Wstawienie się zębą mądrości w linji zgryzowej następuje potem samoistnie po okresie 4—5 miesięcy.

Dr. Brill (Lwów)

ZAKAŻENIE USTNE.

Guist (Wiedeń). Chronische Wurzelhautentzündung und Auge. (Przewlekłe zapalenie ozębnej a oko). Z. f. St. Nr. 2 z r. 1935.

Ropnie wewnątrz ciała się znajdujące, skąd ropa nie może odpływać, zasklepiają się tkanką granulacyjną. Przy zmniejszonej jednak odporności organizmu rozprzestrzenia się czasami taki ropień, a żywe lub nieżywe drobnoustroje, względnie ich jady, dostają się do krwiobiegu, tworząc w miejscach wybiórczych: w stawach, w oponach mózgowych, w sercu, lub w oku przerzutowe zapalenia. Jeżeli zasklepiony ropień jest narażony na ucisk z zewnątrz, może tkanka zasklepiająca go się przedrzeć, a jad dostaje się wówczas w inne miejsce lub do krwiobiegu, — tworząc przerzutowe zapalenia. Ropnie w migdałkach lub na końcach korzeni zębów, podlegają uciskowi przy żuciu i dlatego są, bardziej niż inne ropnie w organiźmie, narażone na wnikanie ich jadów do krwiobiegu. To jest podstawa teorji zakażenia ogniskowego, która ma zwolenników i przeciwników i zrobiła w Ameryce tyle hałasu, co u nas gruźlica. Prawda leży w pośrodku.

Autor, znany okulista wiedeński opisuje następujący przypadek. Chory, lat 44, z ciężkiem zapaleniem tęczówki i ciałka rzęskowego (iridocyclitis) obu oczu z ograniczonem widzeniem do ruchu ręki przed oczyma, leczy się od r. 1924. U chorego przyjęto za tło choroby gruźlicę i dlatego wstrzyknięto mu 300 razy tuberkulinę, 26 razy mleko i dostał 280 parowych kąpieli, ale wszystko bezskutecznie. Choremu wycięto następnie migdałki, zrobiono z ich wydzieliny szczepionkę, którą wstrzykiwano choremu. Po krótkotrwałem pogorszeniu się choroby po zabiegu, nastąpiło znaczne polepszenie choroby oczu, które atoli trwało tylko krótko. W czasie pogorszenia się choroby po zabiegu, zauważył autor zapalenie dziąseł i wydzielanie się wysięku ropnego. To zwróciło uwagę na zęby, zrobiono zdjęcie roentgenowskie wszystkich zębów, znaleziono ziarniniaki i usunięto wszystkie nieżywe zęby. Z ziarniny zrobiono szczepionkę, którą wstrzyknięto choremu, poczem nastąpiło znaczne pogorszenie choroby oczu, ale po 24 godzinach nastąpiła poprawa, która postęoowała coraz dalej, aż do zupełnego wyzdrowienia. Ciałko szkliste się rozjaśniło, straty rogówki się zmniejszyły, zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego ustąpiło, a widzenie się polepszyło do 6/24. Do dzisiaj — powiada autor na wykładzie w Towarzystwie austr. Lek. Dent. dnia 3 października 1934 r. — po 4-ch latach wyczekiwania, nawrót choroby nie nastąpił.

W opisanym przypadku tkwiła przyczyna choroby oczu zarówno w migdałkach, jak i w zębach. Od r. 1929 miał autor wiele chorych, gdzie za podłoże choroby uważano gruźlicę, ale bezskuteczność leczenia doprowadziła do usunięcia zębów, względnie migdałków, z następowem szczepieniem autowakcyną, które to leczenie dopiero dało pomyślne rezultaty. Na podstawie doświadczenia uważa autor tylko ten korzeń za winny, po którego usunięciu następuje przejściowe pogorszenie zapalenia oka, względnie stawów lub serca. Ewentualne nawroty choroby oczu, po usunięciu korzeni, tłumaczy autor tem, że przerzutowe zapalenie w stawach, lub gdzieindziej, stają się z czasem pierwotnem zakażeniem. Jeżeli po zastrzyku szczepionki następuje podobny odczyn jak po usunięciu korzenia — można przyjąć, że ta szczepionka zawiera te drobnoustroje, które wywołały to schorzenie.

W wypadkach, gdzie z powodu ogniskowego zakażenia oprócz oka są jeszcze inne ogniska, to, jeżeli nawet sprawa chorobowa oka się cofa po usunięciu zęba lub migdałków, jest mimo to wskazana szczepionka, ażeby zapobiec, by np. stawy nie objęły rolę ogniska pierwotnego. Z korzeni zębowych jest jest ten najbardziej podejrzany, który na zdjęciu roentgenowskiem wykazuje najmniej ostre granice i rozjaśnienia. Pod względem częstotliwości schorzeń części oka, z powodu przewlekłego zapalenia ozębnej, zauważył autor w 27% zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego, w 27% zapalenie naczyniówki, w 24% zapalenie rogówki i twardówki i w 9% wrzodziejące nacieki rogówki.

(Podobne przypadki, jako też cała teorja zakażenia ustnego nie są niczem nowem — należy to jednak zawsze i ciągle przypominać, gdyż wiele się grzeszy w tym względzie. Klasyczna monografja, zagranicą zaszczytnie znana, w tej dziedzinie jest Allerhanda: O zakażeniu ustnem i środkach zaradczych. — Polska Dentystyka z r. 1923, Przyp. refer.).

Dr. Brill (Lwów)

DENTYSTYKA ZACHOWAWCZA.

Müller (Nürnberg). Ueber Wurzelbehandlung, Versuche und Beobachtungen. Auswertung einer grossen Klinik. (O leczeniu przewodów korzeniowych: doświadczenia i spostrzeżenia na materjale wielkiej kliniki). Z. R. Nr. 17, 18 z r. 1934.

Pod względem szybkości i skuteczności leczenia jest stomatologja z wszystkich specjalności lekarskich jednym z najbardziej pocieszających działów. Możemy prawie zawsze łatwo usuwać bóle, uzyskać pełne powodzenie przy zabiegach chirurgicznych lub protetycznych; stajemy tylko przed wielką niewiadomą, gdy chodzi o leczenie przewodów, ba grozi nawet niebezpieczeństwo tworzenia ogniska zakaźnego innych ogólnych chorób na skutek naszego leczenia.

W tych mniej więcej słowach wyznaje profesor wielkiej kliniki stomatologicznej naszą niemoc na tym odcinku codziennej pracy i powiada, że nigdzie nie jest tak odległą teorja nauczania od właściwej praktyki. Podczas gdy na klinikach niemieckich się wpaja słuchaczom wymiażdżenie miazgi korzeniowej, ekstyrpację, jako jedyną dobrą metodę, i pomija się milczeniem metodę odcięcia miazgi komorowej, amputację, to w praktyce, każdy z tych studentów później stosuje najczęściej metodę drugą. Już niskie honorarjum 2,50 mn. jaką pobiera lekarz Kasy Chorych za leczenie zęba, z której nieledwie połowa, po potrąceniu wydatków, zostaje lekarzowi, przemawia zatem, żeby robić to, co w krótszym o połowę czasie da się wykonać. Autor uważa to za słuszne, a metodę za zupełnie dobrą. W niezliczonej wprost ilości zdjęć roentgenologicznych amputowanych zębów nie znalazł bowiem nigdzie schorzenia okołowierzchołkowego, o ile przestrzegano przy leczeniu, żeby komorę otworzyć wyjałowionem wiertłem, żeby ślina do komory bezwzględnie się nie dostała i w suchym stanie założono wypełnienie. W 3 posiedzeniach a to: 1) pasta arszenikowa, 2) wkładka z trójkrezol-formaliną, 3) wypełnienie komory i ubytku, był ząb wyleczony. Jeden z jego asystentów skrócił nawet ten czas do 2 posiedzeń, wkładając trójkrezol-formalinę pod gutaperką tylko na 20—30 minut, i następnie wypełniał ząb. Pasta arszenikowa ma być miękka, szeroko do zębiny przylegająca i zamknięta fleczerem. U wrażliwych chorych wywierca autor ubytek i miazgę w znieczuleniu, poczem zakłada pastę arszenikową na na kikut przewodu, a na następnem posiedzeniu wypełnia komorę i ubytek. Początek przewodów rozszerza autor nieco wiertłem, tworząc niejako magazyn dla pasty Gysiego, jodoformowej, lub trójkrezol-formalinowej. Strzykawką do pasty Egglera oddaje mu wielkie usługi. Także szybka praca, dobra asystą i ułożony zgóry, zawsze ten sam, sposób pracy są nieodzowne. Dla zapobieżenia przypływu krwi, lub śliny z brodawki międzyzębowej stosuje autor pierścień gumowy i lekkie przyżeganie kwasem trójchlorku octowego. Pasta arszenikowa i trójkrezol-formalina są w stanie odkazić całą miazgę komorową, która wedle Walkhoffa, jest w całości zakażona, nawet przy najlżejszem jej zapaleniu. O ile nie wiemy, czy komora jest otwarta, to nie należy dawać żadnych ostrych środków, gdyż mogą podziałać zabójczo na miazgę, jeno tylko zamknąć ubytek gutaperką na kilka dni. Pamiętać należy, że wrażliwość ludzi na ból jest nader rozmaitą. Pasty arszenikowej nie należy 2—3 razy zakładać. Przez pastę arszenikową i amputację miazgi tworzymy linję demarkacyjną między żywą i nieżywą miazgą korzeniową dość daleko od szczytu korzenia; unikamy w ten sposób podrażnienia ozębnej, podczas gdy przy ekstyr-

pacji jest to nie do uniknięcia. O ile stosujemy miazgociągi, zwłaszcza przy dolnych, tylnych zębach, powinny one stanowczo tkwić w przytrzymywaczu, gdyż zachodzi obawa połknięcia go. Gdy miazgociąg upadnie na tył języka, powstaje odruch połyku, którego skutki mogą być fatalne. Im gruntowniej wymiażdżamy tem cięższe są powikłania ozębowe, powiada autor, który widzi niejako ostrzeżenie natury w niedrożności przewodów i w zwężaniu się ich u starszych ludzi. Ząb, a głównie dolny trzonowiec, który wykazuje początki obrzęku, powinien być w pierwszych godzinach usunięty. Leczenie diatermją nadaje się tylko przy zgorzeli. (Sposób leczenia wyżej podany jest od wielu lat stosowany w Lwowskiej Ubezp. Społ. — przyp. refer.).

Dr. Brill (Lwów).

Dział zawodowy.

Cennik tymczasowy zabiegów w przychodniach dentystycznych Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie.

Wizyta z zabiegiem	Zł.	0,20
Plomba cementowa	„	1,00
„ miedziana	„	1,00
„ srebrna	„	2,00
„ porcelanowa (krzemowa)	„	2,50
„ gutaperkowa przy ukończeniu leczenia	„	0,50
Oczyszczenie zębów z kamienia	„	1,50
Korona złota	„	15—18
Zdjęcie roentgenowskie zębów nieobjętych mocą § 12	„	1,50
Resekcja korzenia	„	5,00
Narkoza na ogólne żądanie pacjenta	„	15,00
Torbiel w stanie przewlekłym	„	5,00

W Proteziarni:

Ząb w kauczuku przy protezie powyżej 7 zębów	„	3,60
Ząb w kauczuku przy protezie poniżej 7 zębów	„	4,80
Protezy wg. systemu Giesy'go za ząb po	„	4,00
Dostawka „Oralit" drożej o	„	20,00
Klamra stalowa	„	3,60
Klamra złota	„	7,50
Ssawka	„	3,60
Reparacja protezy kauczukowej	„	3,00
Reparacja protezy „Oralit"	„	5,00
Reparacja mostków złotych od	„	10,00
Korona złota	od zł.	15 do 20
Ząb lany złoty	od zł.	20.—
Ząb lany z porcel. fasetką	od zł.	20.—
Ząb ćwieczkowy na złocie	od zł.	20.—
Ząb ćwieczkowy Logan'a	od zł.	10.—

Usunięcie zęba i przecięcie ropnia bezpłatnie.

Naczelny Lekarz: *Bakun*

Dyrektor: *Szubartowicz*